

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIANA MUZZOLON

**RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA
E SEUS IRMÃOS SAUDÁVEIS**

CURITIBA

2018

MARIANA MUZZOLON

**RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA
E SEUS IRMÃOS SAUDÁVEIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração: Dermatologia Pediátrica, área específica: Psicologia Infantil.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vânia Oliveira de Carvalho

Co-orientadora: Dr^ª. Sandra Regina Baggio Muzzolon

CURITIBA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR -
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB9/991 COM OS DADOS FORNECIDOS PELA AUTORA

M994 Muzzolon, Mariana

Risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes com
dermatite atópica e seus irmãos saudáveis / Mariana Muzzolon. –
Curitiba, 2018.
158 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Oliveira de Carvalho

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Regina Baggio Muzzolon

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde
da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

1. Transtornos mentais. 2. Dermatite atópica. 3. Criança.
4. Adolescente. I. Carvalho, Vânia Oliveira de. II. Muzzolon, Sandra
Regina Baggio. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança
e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal
do Paraná. IV. Título.

NLMC: WR 600



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



*Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado
em Saúde da Criança e do Adolescente*

Parecer

A Banca Examinadora, instituída pelo colegiado do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**, do Setor de Ciências Saúde, da Universidade Federal do Paraná, após arguir a Mestranda

Mariana Muzzolon

em relação a sua Dissertação de Mestrado intitulada:

**“RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS
E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA
E SEUS IRMÃOS SAUDÁVEIS”**

é de parecer favorável à ***Aprovação*** da acadêmica

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente,

Área de Concentração: ***Dermatologia Pediátrica*** - Área Específica: ***Psicologia.***

Curitiba, 29 de junho de 2018

Nômi Vânia de Carvalho

Professora Doutora Vânia Oliveira de Carvalho
Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná-UFPR;
Presidente da Banca Examinadora e Orientadora.

Sandra Regina Baggio Muzzolon

Professora Doutora Sandra Regina Baggio Muzzolon
Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente-UFPR; *Co-Orientadora.*

Kátia Sheylla Malta Purim

Professora Doutora Kátia Sheylla Malta Purim
Professora Titular da Disciplina de Dermatologia do Curso de Medicina da Universidade Positivo-UP; *Primeira Examinadora.*

Gustavo Manoel Schier Doria

Professor Doutor Gustavo Manoel Schier Doria
Professor Adjunto do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da Universidade Federal do Paraná - UFPR; *Segundo Examinador.*

Regina P. G. Trus Cavalcante da Silva

Professora Doutora Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva
Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná-UFPR.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação - Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Vânia Oliveira de Carvalho, pela oportunidade de tê-la como orientadora. Tenho muito orgulho de citá-la como uma das responsáveis pela minha formação. Pelo entusiasmo, incentivo e parceria durante o desenvolvimento deste trabalho. A admiro pela sua simplicidade, compreensão, competência, dedicação e amor ao trabalho. Preocupa-se não só com a realização da pesquisa, mas principalmente com o ser humano. Tê-la na minha trajetória foi um dos maiores presentes que ganhei na vida.

À Professora Doutora Sandra Regina Baggio Muzzolon, pelo incentivo na elaboração deste trabalho. Um exemplo de pessoa e profissional, que há tantos anos trabalha com respeito, preocupação e valorização das crianças e adolescentes deste hospital. Por ser a melhor pessoa que eu poderia ter em todos os momentos, ser simplesmente quem é e estar ao meu lado incondicionalmente.

À Professora Doutora Mônica Nunes Lima Cat, pessoa com quem aprendi o verdadeiro valor os números, pelas aulas maravilhosas e pela disposição, paciência e dedicação incondicional no trabalho de orientação da análise estatística. Tenho muito respeito e admiração pelo seu conhecimento e pela maneira e arte com que consegue tornar simples seus ensinamentos.

À Professora Doutora Leide Parolin Marinoni, pessoa por quem tenho admiração e respeito por todos os anos de dedicação profissional, pessoal e valorização e carinho, que de maneira muito especial, dispensa a todos os pacientes, incluindo a mim, que aos três meses de idade fui sua paciente.

À Professora Doutora Kerstin Taniguchi Abagge, pelo carinho, acolhimento e convivência gratificante durante esse percurso.

Às Professoras Doutoras Susana Giraldi, Juliana Loyola Presa e Priscila Vernizi Roth e a todas as especializandas em Dermatologia Pediátrica pelo modo prestativo que sempre atenderam as minhas necessidades nesse projeto.

Às Professoras da Banca de Qualificação, Professora Doutora Regina Vieira Cavalcante da Silva, Professora Doutora Maria Joana Mader Joaquim, Professora Doutora Débora Carla Chong e Silva, Discente Mariana Canato e aos

Professores da Banca de Defesa, Professor Doutor Gustavo Manoel Shier Dória e Professora Kátia Sheylla Malta Purim, pelas contribuições ao aprimoramento do trabalho.

Aos funcionários Cláudia Camargo da Silva Vilela, Clara Lara de Freitas e Jorge Luiz Rodrigues, agradeço pelo apoio e disponibilidade constantes.

À toda a minha família, pelo apoio às minhas escolhas, pela vibração com minhas conquistas e por todos os esforços que fizeram.

Aos participantes da pesquisa, pelo desprendimento e confiança com que abriram seu íntimo ao responder ao instrumento de avaliação, base fundamental que possibilitou a realização deste trabalho, a todos meus mais sinceros agradecimentos.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - GRÁFICO DE RESULTADO DAS SÍNDROMES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> (IDADE ENTRE 1 ANO E MEIO E 5 ANOS)	42
FIGURA 2 - GRÁFICO DE RESULTADO DAS SÍNDROMES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> (IDADE ENTRE 6 E 18 ANOS)	45
FIGURA 3 - ORGANOGRAMA DA POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PROBLEMAS INTERNALIZANTES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018.....	73
GRÁFICO 2 – PROBLEMAS EXTERNALIZANTES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018.....	73
GRÁFICO 3 – SÍNDROMES AVALIADAS ISOLADAMENTE DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018.....	74
GRÁFICO 4 - TOTAL DE PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018	74
GRÁFICO 5 – PROBLEMAS INTERNALIZANTES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O EASI - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018	77
GRÁFICO 6 - PROBLEMAS EXTERNALIZANTES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O EASI - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018	77
GRÁFICO 7 – SÍNDROMES AVALIADAS ISOLADAMENTE DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O EASI – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018.....	78
GRÁFICO 8 - TOTAL DE PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O EASI - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018	78

GRÁFICO 9 – PROBLEMAS INTERNALIZANTES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018.....	84
GRÁFICO 10 – PROBLEMAS EXTERNALIZANTES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018.....	84
GRÁFICO 11 – SÍNDROMES AVALIADAS ISOLADAMENTE DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018.....	85
GRÁFICO 12 – TOTAL DE PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018	85

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - PREVALÊNCIA DE RESPOSTAS AFIRMATIVAS ÀS QUESTÕES DE DERMATITE ATÓPICA - <i>INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGIES IN CHILDHOOD</i>	24
QUADRO 2 - CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA DERMATITE ATÓPICA	25
QUADRO 3 - COMPARAÇÃO DOS VALORES DOS ÍNDICES SCORAD; PRURIDO, DISTÚRBIO DE SONO, <i>PERCEIVED STRESS SCALE</i> , ESTADO DE ANSIEDADE, TRAÇOS DE ANSIEDADE NO GRUPO ESTUDO E GRUPO CONTROLE	33
QUADRO 4 - PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM CRIANÇAS DE QUATRO REGIÕES BRASILEIRAS	36
QUADRO 5 - ESCORES DAS SÍNDROMES “ANSIEDADE/DEPRESSÃO”, “QUEIXAS SOMÁTICAS”, “PROBLEMAS DE PENSAMENTO” E “COMPORTAMENTO AGRESSIVO” DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> CLASSIFICADOS COMO CLÍNICO EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE DERMATITE ATÓPICA (GRUPO ESTUDO) E GRUPO CONTROLE	46
QUADRO 6 - PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS COM O DIAGNÓSTICO DE DERMATITE ATÓPICA E SEM O DIAGNÓSTICO DE DERMATITE ATÓPICA <i>NATIONAL SURVEY OF CHILDREN'S HEALTH</i>	48
QUADRO 7 - FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO UTILIZANDO O <i>EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4</i> EM CRIANÇAS COM E SEM DERMATITE ATÓPICA.....	50
QUADRO 8 - ESCORES DOS SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS DETERMINADO PELO <i>THE EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4</i>	50
QUADRO 9 - RISCO RELATIVO DE PROBLEMAS EMOCIONAIS NO GRUPO DE IRMÃOS SAUDÁVEIS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA EM COMPARAÇÃO COM O GRUPO CONTROLE	53

QUADRO 10 - ESCORES DO <i>STRENGTHS DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE</i> NO GRUPO DE IRMÃOS SAUDÁVEIS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA NA ADMISSÃO E ALTA E GRUPO CONTROLE.....	54
QUADRO 11 - EXTENSÃO DA DERMATITE ATÓPICA POR REGIÃO CORPORAL - <i>ECZEMA AREA AND SEVERITY INDEX</i>	61

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES SCORAD E EASI - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018.....	66
TABELA 2 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018.....	67
TABELA 3 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SEXO - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018	68
TABELA 4 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM A IDADE - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018	70
TABELA 5 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018	72
TABELA 6 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA EASI SEM LESÕES/MUITO LEVE/LEVE E EASI MODERADO/GRAVE - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018	76
TABELA 7 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018.....	79

TABELA 8 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS DE ACORDO COM O SEXO - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 201880

TABELA 9 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS DE ACORDO COM A IDADE - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 201881

TABELA 10 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 201883

TABELA 11 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS EM RELAÇÃO A PERGUNTA ABERTA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* “QUAL É A SUA MAIOR PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO AO (A) SEU (SUA) FILHO(A)?” NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018.....87

TABELA 12 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS EM RELAÇÃO A PERGUNTA ABERTA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* “POR FAVOR, DESCREVA OS ASPECTOS MAIS POSITIVOS DO (A) SEU (SUA) FILHO (A)” NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA – CHC/UFPR - 2018.....87

RESUMO

Introdução: A Dermatite Atópica (DA) é uma dermatose inflamatória, crônica e recidivante, prevalente em crianças e adolescentes, caracterizada por prurido e lesões eczematosas. O diagnóstico da doença é clínico e a gravidade pode ser avaliada por índices de pontuação, como o *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD) e o *Eczema Area Scoring Index* (EASI). Por ser uma doença crônica, pode afetar a Qualidade de Vida dos pacientes e seus familiares, principalmente pelo prurido intenso, aparência inestética das lesões, perturbações do sono e custos do tratamento. A Saúde Mental das crianças e adolescentes com DA tem sido estudada em vários países e tem-se observado que esta dermatose pode contribuir para o aparecimento de Transtornos Mentais (TM). Estudos sugerem que irmãos de crianças com doenças crônicas têm duas a três vezes mais risco do que a população geral de apresentarem problemas comportamentais e psicológicos, porém, até a presente data, não há publicações sobre a Saúde Mental de irmãos saudáveis de crianças e adolescentes com DA.

Objetivo: Determinar a frequência de risco para TM em crianças e adolescentes com DA e compará-la com seus irmãos saudáveis. **Método:** Estudo transversal, prospectivo, com aplicação de instrumento de avaliação de risco para TM em pacientes pediátricos com DA e em seus irmãos no período de setembro de 2016 a setembro de 2017. A gravidade da doença foi determinada conforme os índices SCORAD e EASI e para avaliar o risco para TM foi utilizado o *Child Behavior Checklist* (CBCL). Foram aplicados os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney, Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e Exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5%. **Resultados:** Participaram do estudo 100 crianças com DA e 50 irmãos saudáveis. A frequência de risco para TM nos participantes com DA foi de 63,0% e nos irmãos saudáveis de 36,0% ($p < 0,01$). A frequência foi maior nos participantes com DA em comparação com seus irmãos para as síndromes *Problemas de Sono* (60,5% versus 12,5%; $p < 0,01$), *Problemas de Pensamento* (49,1% versus 20,6%; $p < 0,01$) e *Queixas Somáticas* (16,0% versus 4,0%; $p = 0,03$). Preocupações parentais acerca da Socialização/*Bullying* também foram mais frequentes nos participantes com DA em comparação com os irmãos (33,0% versus 4,0%; $p < 0,0001$). Crianças com DA moderada/grave tiveram maiores riscos para TM em comparação com os classificados com DA leve, tanto pelo índice SCORAD para *Reatividade Emocional* (31,3% versus 3,8%; $p = 0,02$) quanto pelo EASI para *Problemas de Sono* (100,0% versus 37,0%; $p < 0,001$). **Conclusão:** O risco para TM foi maior nos participantes com DA em comparação com os irmãos e foi maior naqueles com DA grave. A frequência de risco para TM nos irmãos saudáveis foi menor em comparação aos participantes com DA, porém, maior comparado à população pediátrica brasileira.

Palavras-chave: Transtornos Mentais; Dermatite Atópica; Crianças e Adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: Atopic dermatitis (AD) is an inflammatory, chronic and recurrent dermatosis, prevalent in children and adolescents, characterized by pruritus and eczematous lesions. The diagnosis of the disease is clinical, and the severity can be assessed by indexes scoring such as Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) and Eczema Area Scoring Index (EASI). Because it is a chronic disease, it can affect the Quality of Life (QoL) of patients and their families, mainly due to intense pruritus, non-aesthetic appearance of the lesions, sleep disturbances and treatment expenses. The Mental Health of children and adolescents with AD has been the object of studies in several countries and it has been observed that this dermatosis can contribute to the appearance of Mental Disorders. Studies suggest that siblings of children with chronic diseases are two to three times more likely than the general population to present behavioral and psychological problems, but until now there are no publications on Mental Health of healthy siblings of children and adolescents with AD. **Objective:** To determine the frequency of Mental Disorders risk in children and adolescents with AD and to compare it with their healthy siblings. **Method:** Cross-sectional, prospective study with the application of an instrument to assess Mental Disorders risk in pediatric patients with AD and in their siblings from September 2016 to September 2017. The severity of the disease was determined according to the indexes SCORAD and EASI and to assess risk for Mental Disorders, was used the Child Behavior Checklist (CBCL). The Wilcoxon-Mann-Whitney, Pearson's Chi-square test with Yates correction and Fisher's exact test were used, considering a significance level of 5%. **Results:** 100 children with AD and 50 healthy siblings participated in the study. The risk frequency for Mental Disorders in participants with AD was 63.0% and in healthy siblings 36.0% ($p < 0.01$). The frequency was higher in participants with AD compared to their siblings for sleep problems (60.5% vs. 12.5%, $p < 0.01$), Thought problems (49.1% versus 20.6%; $p < 0.01$) and Somatic Complaints (16.0% versus 4.0%, $p = 0.03$). Parental concerns about Socialization/Bullying were also more frequent in participants with AD compared to their siblings (33.0% versus 4.0%, $p < 0.0001$). Children with moderate to severe AD had higher risks for Mental Disorders compared to those with mild AD, both by SCORAD for Emotionally Reactive (31.3% versus 3.8%, $p = 0.02$) and by EASI for Sleep Problems 100.0% versus 37.0%, $p < 0.001$). **Conclusion:** Mental Disorders risk was higher in participants with AD compared to their siblings and was higher in those with severe AD. The frequency of Mental Disorders risk in healthy siblings was lower in comparison to the participants with AD, however, higher compared to the Brazilian pediatric population.

Keywords: Mental Disorders; Atopic Dermatitis; Children and Adolescents.

LISTA DE SIGLAS

ADM	-	<i>Assessment Data Manager</i>
ASEBA	-	<i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i>
CAAE	-	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CADIS	-	<i>Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale</i>
CBCL	-	<i>Child Behavior Checklist</i>
CDI	-	<i>Children's Depression Inventory</i>
CDLQI	-	<i>Children's Dermatology Life Quality Index</i>
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CHC-UFPR	-	Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
CID-10	-	Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento
DA	-	Dermatite Atópica
DALY	-	<i>Disability Adjusted Life of Years</i>
DFI	-	<i>Dermatitis Family Impact</i>
DP	-	Desvio Padrão
DSM	-	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EASI	-	<i>Eczema Area Scoring Index</i>
ECI-4	-	<i>The Early Childhood Inventory-4</i>
FDLQI	-	<i>Family Dermatology Life Quality Index</i>
GDA	-	Grupo Dermatite Atópica
GI	-	Grupo Irmãos Saudáveis
H0	-	Hipótese nula
H1	-	Hipótese alternativa
IDQOL	-	<i>Infant's Dermatitis Quality of Life Index</i>
ISAAC	-	<i>International Study of Asthma and Allergies in Childhood</i>
K-PSI	-	<i>The Korean Parenting Stress Index</i>
K-SADS-PL	-	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version</i>
LPS	-	Lista de Sintomas Pediátricos
LQ-KID	-	<i>Self-report QOL Questionnaire</i>

n	-	Número de participantes
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
p	-	Nível de significância
PANAS	-	<i>The Positive Affect and Negative Affect Schedule</i>
PEDSQ	-	<i>The PedsQL 4.0 Generic Core Scales</i>
PO-SCORAD	-	<i>Patient Oriented SCORAD</i>
PSQI	-	<i>Pittsburg Sleep Quality Index</i>
PSS	-	<i>Perceived Stress Scale</i>
QV	-	Qualidade de Vida
SAM-2	-	Serviço Ambulatorial Médico 2
SCORAD	-	<i>Scoring Atopic Dermatitis</i>
SDQ	-	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SDSC	-	<i>Disturbance Scale for Children</i>
STAI	-	<i>Change in anxiety level according to State Trait Anxiety Inventory</i>
SWLS	-	<i>The Satisfaction with Life Scale</i>
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	-	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TM	-	Transtorno Mental
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
USP	-	Universidade de São Paulo
YSR	-	<i>Youth Self-Report</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 OBJETIVOS	23
1.1.1 Objetivo Geral	23
1.1.2 Objetivos Específicos	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 DIAGNÓSTICO DA DERMATITE ATÓPICA	25
2.2 ESCORES DE PONTUAÇÃO DE GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA	26
2.3 QUALIDADE DE VIDA E DERMATITE ATÓPICA	28
2.4 TRANSTORNOS MENTAIS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA GERAL	34
2.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA	38
2.6 RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA	46
2.7 RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM IRMÃOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS	52
3 MATERIAL E MÉTODOS	55
3.1 TIPO DE ESTUDO	55
3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO	55
3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	55
3.4 POPULAÇÃO FONTE	55
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	56
3.5.1 Grupo Dermatite Atópica	56
3.5.2 Grupo Irmãos Saudáveis	56

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	57
3.6.1 Grupo Dermatite Atópica	57
3.6.2 Grupo Irmãos Saudáveis	57
3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO	58
3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM	58
3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO	58
3.9.1 Avaliação Dermatológica	60
3.9.2 Avaliação da Gravidade da Dermatite Atópica	60
3.9.3 Avaliação de risco para Transtornos Mentais em crianças e adolescentes com Dermatite Atópica e em seus irmãos saudáveis	61
3.10 PROCEDIMENTOS DE ESTUDO	62
3.11 REGISTRO E GERENCIAMENTO DE DADOS	64
3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA	64
3.13 ÉTICA EM PESQUISA	64
3.14 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA	65
3.15 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS	65
4 RESULTADOS	66
4.1 GRUPO DERMATITE ATÓPICA	66
4.1.1 Risco para Transtornos Mentais e Dermatite Atópica	66
4.1.2 Risco para Transtornos Mentais e SCORAD	71
4.1.3 Risco para Transtornos Mentais e EASI	75
4.2 GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS	79
4.3 COMPARAÇÃO ENTRE GRUPO DERMATITE ATÓPICA E GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS	82

4.3.1 Comparação entre as respostas das questões abertas do <i>Child Behavior Checklist</i> no Grupo Dermatite e no Grupo Irmãos Saudáveis	86
5 DISCUSSÃO	88
6 CONCLUSÃO	97
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE 1 - CRONOGRAMA.....	113
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO DERMATITE ATÓPICA)	114
APÊNDICE 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO DERMATITE ATÓPICA).....	116
APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS).....	118
APÊNDICE 5 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS).....	120
ANEXO 1 - SCORING ATOPIC DERMATITIS.....	122
ANEXO 2 - ECZEMA AREA AND SEVERITY INDEX.....	123
ANEXO 3 - INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS ENTRE 1 ANO E MEIO E 5 ANOS DE IDADE - CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 1 1/2-5.....	124
ANEXO 4 - INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE 6 E 18 ANOS DE IDADE - CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6 - 18.....	126
ANEXO 5 - CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS.....	130
ANEXO 6 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	131

ANEXO 7 - DECLARAÇÃO DO COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA PELO CENTRO DE NEUROPEDIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	134
ANEXO 8 - LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS.....	135
PRODUÇÃO ACADÊMICA 1 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 13TH WORLD CONGRESS OF PEDIATRIC DERMATOLOGY.....	136
PRODUÇÃO ACADÊMICA 2 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 38º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA.....	138
PRODUÇÃO ACADÊMICA 3 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 38º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA.....	139
PRODUÇÃO ACADÊMICA 4 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DA 9ª SEMANA INTEGRADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	140
PRODUÇÃO ACADÊMICA 5 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 2º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA.....	142
PRODUÇÃO ACADÊMICA 6 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 2º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA.....	143
PRODUÇÃO ACADÊMICA 7 - ARTIGO REFERENTE À DISSERTAÇÃO DE MESTRADO A SER SUBMETIDO AO PERIÓDICO JORNAL DE PEDIATRIA.....	144

1 INTRODUÇÃO

A Dermatite Atópica (DA) é uma doença cutânea, inflamatória, crônica e recidivante, de etiologia multifatorial (PIRES; CESTARI, 2005). Caracteriza-se pela presença de prurido, xerose, lesões eczematosas e tem elevada prevalência em crianças e adolescentes (LEUNG; EICHENFIELD; BOGUNIEWICZ, 2011; CARVALHO et al., 2017).

A incidência da DA aumentou na maior parte do mundo nas últimas décadas, constituindo-se em importante problema de saúde pública, principalmente nos países industrializados (MALLOL et al., 2013). O diagnóstico da doença é clínico e a gravidade pode ser avaliada por índices de pontuação, como o Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) e o Eczema Area Scoring Index (EASI). Esses instrumentos são de fácil e rápida aplicação e avaliam a extensão e gravidade das lesões. Assim, de acordo com a pontuação obtida no SCORAD, a DA é classificada como leve, moderada e grave e, pelo EASI, em sem lesões, muito leve, leve, moderada, grave e muito grave.

A Qualidade de Vida (QV) dos pacientes e seus familiares é afetada negativamente pela doença, principalmente pelo prurido intenso, aparência inestética das lesões, perturbações do sono e custos do tratamento (SOARES et al., 2011). A saúde mental das crianças e adolescentes com DA tem sido estudada em diversas populações e tem-se observado que a dermatose contribui para o desenvolvimento de Transtornos Mentais (TM) nessa população (SCHMITT et al., 2009, YAGHMAIE; KOUDELKA; SIMPSON, 2013; CATAL et al., 2016; SHIN et al., 2016).

Na Espanha, 68,8% dos pacientes pediátricos com DA foram identificados com algum tipo de TM (CATAL et al., 2016). No Brasil, na cidade de Londrina, Dias (2010) encontrou frequência de risco para TM em 77,8% nesta população. Entre os TM, os mais frequentes foram Distúrbio do Sono, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Ansiedade e Transtorno Depressivo, sendo comum a presença de mais de um desses no mesmo indivíduo (YAGHMAIE; KOUDELKA; SIMPSON, 2013; LEE et al., 2016; CATAL et al., 2016; SHIN et al., 2016).

Irmãos de crianças e adolescentes com doenças crônicas também podem apresentar comprometimento da sua saúde mental e têm duas a três vezes mais risco do que a população geral de apresentarem problemas comportamentais e psicológicos (TAYLOR; FUGGLE, 2001; WILLIAMS et al., 2003), porém, até a presente data, não há

publicações sobre a avaliação da saúde mental de irmãos saudáveis de crianças e adolescentes com DA.

As inter-relações entre os TM na infância e na adolescência podem dificultar o diagnóstico e, por consequência, a intervenção precoce. No entanto, o indicativo de um TM não deve ser confundido com características normais da fase de desenvolvimento, que podem apresentar semelhança com sintomas patológicos.

A alta frequência de TM na faixa etária pediátrica demanda do profissional da saúde a utilização de técnicas de auxílio na identificação da necessidade de avaliação e tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Uma alternativa para o profissional é o uso de escalas de avaliação já validadas, como por exemplo, o *Child Behavior Checklist* (CBCL) (ACHENBACH, 1991). Trata-se de um questionário amplo, considerado padrão ouro, respondido por pais e/ou responsáveis e baseia-se nas atividades de rotina, relações familiares e sociais, fornecendo uma análise do perfil emocional, social e comportamental da criança e/ou do adolescente.

Considerando a possibilidade de risco para TM na população pediátrica com DA, este estudo tem o objetivo determinar a frequência de risco para TM em crianças e adolescentes com DA e compará-lo com seus respectivos irmãos sem o diagnóstico da doença.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Determinar a frequência de risco para TM em crianças e adolescentes com DA.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Comparar a frequência de risco para TM em crianças e adolescentes com DA com o de seus irmãos sem o diagnóstico da doença;
- b) Estimar a frequência de risco para TM em crianças e adolescentes com DA e em seus respectivos irmãos sem o diagnóstico da doença de acordo com idade e sexo;
- c) Avaliar a frequência de risco para TM em crianças e adolescentes com DA de acordo com a gravidade da doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A DA é uma doença cutânea, inflamatória e crônica (PIRES; CESTARI, 2005), caracterizada pela presença de prurido, xerose e lesões eczematosas com distribuição característica de acordo com a faixa etária (LEUNG; EICHENFIELD; BOGUNIEWICZ, 2011; CARVALHO et al., 2017).

A prevalência da DA tem aumentado de forma constante, afetando 7,9% das crianças entre 6 e 7 anos e 7,3% dos adolescentes entre 13 e 14 anos em todo o mundo (MALLOL et al., 2013). Nos Estados Unidos, a prevalência de DA é de 17,2% e na Europa, de 15,6% (KAMER et al., 2013). No Brasil, o estudo *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) estabeleceu prevalência média de 8,2% de DA em crianças entre 6 e 7 anos de idade e de 5,0% entre os adolescentes (CAMELO-NUNES et al., 2001). Em 2015, a prevalência média de DA entre os adolescentes no Brasil foi de 5,6% e em Curitiba, de 5,7% (SOLÉ et al., 2015) (Quadro 1).

QUADRO 1 - PREVALÊNCIA DE RESPOSTAS AFIRMATIVAS ÀS QUESTÕES DE DERMATITE ATÓPICA - *INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGIES IN CHILDHOOD*

CIDADE (NÚMERO DE PARTICIPANTES)	PERCENTUAL MÉDIO
Belém (3.708)	7,9 %
Recife (1.149)	3,9 %
Maceió (3.628)	5,1 %
Aracajú (3.009)	3,4 %
Belo Horizonte (2.642)	5,4 %
São Paulo (2.433)	6,6 %
Curitiba (3.530)	5,7 %
Total (20.099)	5,6 %

FONTE: SOLÉ et al. (2015)

Dentre os fatores precipitantes dessa doença estão a predisposição genética, a alteração da barreira cutânea, aeroalérgenos, reatividade vascular alterada, maior produção de suor, poluição e prurido intenso. Em mais de 50,0% dos casos há associação com outras doenças crônicas, principalmente asma e rinite alérgica (KAPOOR et al., 2008). Na fisiopatologia há interação de fatores genéticos, ambientais

e imunológicos. Entre os fatores desencadeadas das crises destacam-se fatores psico-neuro-imunológicos e estresse emocional (CAMPOS, 2017).

2.1 DIAGNÓSTICO DA DERMATITE ATÓPICA

O diagnóstico da DA é baseado em critérios clínicos e a presença de prurido é essencial nessa doença. Deve-se realizar anamnese minuciosa, incluindo doenças alérgicas associadas, história familiar de atopia e fatores desencadeantes. Os critérios diagnósticos da DA incluem sinais menores e maiores que foram definidos por Hanifin e Hajka (1980) (Quadro 2).

QUADRO 2 – CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA DERMATITE ATÓPICA

CRITÉRIOS MAIORES	Prurido Distribuição e morfologia típica das lesões Dermatite crônica e recidivante História familiar ou pessoal de atopia
CRITÉRIOS MENORES	Xerose IgE sérico elevado Ictiose / Ceratose pilar Hiperlinearidade palmar Tendência a infecções de pele Idade de início precoce Eczema em mamilo Prega palpebral Dennie-Morgan Pitíriase Alba Dermografismo branco Tubérculo labial Fissura infra-lobular Intolerância a lã ou alimentos Escurecimento peri-orbital Palidez centro facial Fatores emocionais que alterem o curso da doença Intolerância alimentar

FONTE: HANIFIN; RAJKA (1980)

NOTA: IgE = Imunoglobulina E

A apresentação clínica varia de acordo com a faixa etária do paciente e pode alternar desde formas leves e localizadas até formas graves, disseminadas. O eczema é a lesão clássica da DA e possui sinais clínicos característicos como: prurido, eritema,

pápula, vesículas, escamas, crostas e liquenificação. Nos lactentes, as lesões ocorrem na face, poupando a região central (triângulo nasolabial), no couro cabeludo, no tronco e na região extensora dos membros. Na fase pré-puberal, que corresponde a faixa etária de 2 a 10 anos, predominam os eczemas subagudos e crônicos. A pele é seca e áspera e o eczema ocorre nas pregas antecubitais e poplíteas. Já nos adolescentes, as lesões são liquenificadas e localizadas nos punhos, tornozelos e face.

2.2 ESCORES DE PONTUAÇÃO DE GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA

A gravidade da DA pode ser pontuada por avaliações clínicas do paciente. Em 1993, a *European Task Force on Atopic Dermatitis* desenvolveu um índice de avaliação denominado *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD) (Anexo 1) (ORANJE et al., 2007). A avaliação é considerada simples para uso rotineiro em ambulatórios e a pontuação da gravidade permite que os resultados de diferentes estudos sejam comparados, além de ser utilizado em ensaios clínicos com intuito de avaliar a resposta ao tratamento e a influência da gravidade da doença na QV das crianças e adolescentes (MONTI et al., 2011; AMESTEJANI et al., 2012; AKAN et al., 2013; GILABERTE et al., 2015; ROBL et al., 2016).

Os critérios para análise do índice SCORAD foram desenvolvidos para determinar a extensão e gravidade das lesões, como a intensidade da inflamação e os sintomas subjetivos apresentados pelo paciente. A forma de avaliação pode ser concluída dentro de sete a dez minutos, dependendo da experiência do pesquisador (ORANJE et al., 2007).

A extensão das lesões é indicada pela letra A e corresponde a 20,0% da pontuação. A gravidade ou intensidade das lesões é representada pela letra B, corresponde a 60,0% da pontuação e é composta por seis itens (eritema ou edema, pápulas, efeito de coçadura, exsudação ou formação de crostas, liquenificação e xerose). Já os sintomas subjetivos, como prurido e insônia, são indicados pela letra C (avaliados por meio de escala visual numérica) e somam 20,0% da pontuação.

A distribuição da pontuação é obtida usando a fórmula $A / 5 + 7B / 2 + C$. A pontuação máxima possível é de 103 pontos. Assim, a doença é classificada, conforme a pontuação, em DA leve, moderada e grave (Organograma 1).

ORGANOGRAMA 1 - CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA CONFORME PONTUAÇÃO NO SCORING ATOPIC DERMATITIS

GRAVIDADE DA DOENÇA		PONTUAÇÃO
Leve	→	< 25,0
Moderada	→	25,0 - 50,0
Grave	→	> 50,0

FONTE: ORANGE et al. (2007)

Outra maneira de verificar a gravidade da doença é a avaliação por meio do *Eczema Area and Severity Index* (EASI) (Anexo 2). O EASI foi desenvolvido por Hanifin et al. (2001) e afere a gravidade da dermatose baseando-se na associação entre a presença de sinais clínicos e área de superfície corpórea acometida. Esse instrumento foi identificado como uma das melhores medidas para avaliar a gravidade da DA. Em 2015, Leshem et al. avaliaram a qualidade da interpretação e a facilidade da utilização do EASI por meio de análise retrospectiva de pacientes com DA. O EASI foi considerado aceitável em termos de facilidade de uso e foi finalizado em aproximadamente seis minutos por pesquisadores treinados (Organograma 2).

ORGANOGRAMA 2 - CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA CONFORME PONTUAÇÃO NO ECZEMA AREA AND SEVERITY INDEX

GRAVIDADE DA DOENÇA		PONTUAÇÃO
Sem lesões	→	0,0
Muito leve	→	0,1 - 1,0
Leve	→	1,1 - 7,0
Moderada	→	7,1 - 21,0
Grave	→	21,1 - 50,0
Muito grave	→	50,1 - 72,0

FONTE: LESHEM et al. (2015)

2.3 QUALIDADE DE VIDA E DERMATITE ATÓPICA

A DA afeta negativamente a QV dos pacientes (ALVARENGA; CALDEIRA, 2009). A percepção das crianças e dos adolescentes sobre a sua doença não depende apenas da gravidade da DA, mas também de variáveis como idade, sexo, traços de personalidade, fase do desenvolvimento e dinâmica familiar (GRANGE et al., 2007).

A presença da DA em crianças e adolescentes pode afetar suas relações sociais, interferindo em suas atividades recreativas e escolares (WEBER et al., 2005). Adolescentes com DA apresentam prejuízo de sua QV, principalmente pela estigmatização, isolamento social e afetivo devido a aparência das lesões (GRANGE et al., 2007). A reação negativa das pessoas à aparência da pele tem sido destacada como um dos principais problemas enfrentados por esses pacientes (MAGIN et al., 2008).

A doença dermatológica afeta emocionalmente não só o paciente, mas também toda a família que se envolve nas repercussões do processo de adoecer (COSTA; NOGUEIRA, 2010). Quando uma criança adoecer, faz-se necessário que a família assuma o cuidado, que exige reorganização dos papéis diante das necessidades da criança, trazendo significativas repercussões para a dinâmica e a vida dos seus familiares (NÓBREGA et al., 2012). Pais de crianças e adolescentes com DA relatam dificuldades na disciplina e no cuidado de seus filhos, devido principalmente à privação do sono, exaustão, dificuldades no custo e na administração da medicação tópica e sistêmica (LAPIDUS; KERR, 2001).

Existem diversos instrumentos e métodos de mensuração de QV desenvolvidos para serem utilizados na área da Dermatologia Pediátrica. Entre eles, estão o *Infant's Dermatitis Quality of Life Index* (IDQOL), o *Children's Dermatology Life Quality Index* (CDLQI) e o *Dermatitis Family Impact* (DFI). Para todos existem versões validadas para o português.

O IDQOL, respondido pelos cuidadores, é direcionado a crianças entre 2 e 4 anos. Contém dez perguntas sobre os sintomas da DA, humor, sono, atividades familiares, refeições, tratamentos, vestimenta e banho. Cada questão recebe pontuação de 0 a 3 pontos, totalizando um valor máximo do questionário de 30 pontos. Há uma pergunta adicional, pontuada separadamente, que avalia a gravidade da DA

de acordo com o ponto de vista dos pais. Nesta pergunta, a pontuação pode variar de 0 (muito leve) a 4 (muito grave) (LEWIS-JONES; FINLAY; DYKES, 2001).

O CDLQI foi desenvolvido para crianças e adolescentes entre 5 e 16 anos de idade. É composto por dez questões que abrangem seis domínios: sintomas e sentimentos (questões 1 e 2), lazer (questões 4, 5 e 6), escola ou férias (questão 7), relações pessoais (questões 3 e 8), sono (questão 9) e tratamento (questão 10). Cada pergunta é pontuada da seguinte forma: nada = 0; pouco = 1; muito = 2; e muitíssimo = 3. A pontuação total varia de 0 a 30 pontos. Pontuações totais entre 0 e 1 indicam nenhum efeito sobre a QV, de 2 a 6 efeito fraco, de 7 a 12 efeito moderado, de 13 a 18 efeito forte e de 19 a 30 efeito muito forte (PRATI; CESTARI, 2010).

O DFI, direcionado à QV dos familiares, também composto por dez perguntas. As questões são relacionadas a tarefas domésticas, preparação de alimentos e alimentação, sono, atividades de lazer em família, despesas, fadiga, estresse emocional e relacionamentos. Cada resposta pode ser pontuada com um escore de 0 até 3 pontos. O valor máximo obtido é de 30 pontos (WEBER et al., 2005). Em todos os questionários, quanto maiores os valores do escore, maior é o impacto da doença na QV da família, ou seja, pior é a QV.

Em 2001, Lewis et al. avaliaram 102 pais de crianças com DA por meio do questionário IDQOL. O escore médio foi de 7,89 e as três perguntas com maiores pontuações referiram-se à coceira e arranhões, mudanças de humor e distúrbios do sono. Em 2004, Chamlin et al. avaliaram os efeitos da DA em crianças norte-americanas por meio de entrevistas com os pais e concluíram que a DA interfere na *Saúde Física* do paciente, devido a presença de prurido, distúrbios do sono, dores durante banho e algumas vezes, de restrições alimentares. Também interfere na *Saúde Mental*, resultando em problemas disciplinares e de comportamento, como hiperatividade, irritabilidade e choro excessivo durante o uso de medicamentos. As *Relações Sociais* são afetadas pelas restrições na prática de esportes, atividades sociais, no uso de determinados tipos de roupas e na interrupção das atividades recreativas, causadas pelos sintomas da DA.

Na Suíça, a avaliação de 68 crianças com DA por meio dos instrumentos IDQOL, CDLQI e DFI demonstrou que a perda de sono, alteração de humor e o custo do tratamento foram os principais responsáveis pelo impacto da DA sobre a QV das crianças e de suas famílias (GANEMO et al., 2007). Os resultados do estudo de Amaral, March e Sant'Anna (2012) demonstraram que 72,0% dos pacientes pediátricos com DA

tinham comprometimento considerável na sua QV e havia impacto negativo na estrutura familiar em 74,0% dos casos. Os domínios com maior comprometimento estavam relacionados aos sintomas e sentimentos, seguidos pela interferência no lazer, na educação, nas relações pessoais e na qualidade do sono.

Distúrbios de sono associados com a DA podem afetar significativamente a QV e a Saúde Mental do paciente e em algumas situações levam a exacerbações dos sintomas da doença (GUPTA et al., 2013). O prurido noturno acarreta alteração na qualidade e quantidade do sono desses pacientes, ocasionando cansaço, irritabilidade, dificuldade de concentração e aprendizagem (BELLO, 2005). Weber et al. (2005) realizaram um estudo em Porto Alegre e evidenciaram que o prurido noturno esteve presente diariamente em 74,2% da população estudada.

Ridolo et al. (2015) avaliaram a relação de sono interrompido em 92 pais e 92 crianças com DA com base nos instrumentos *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI) e *Disturbance Scale for Children* (SDSC). O escore do PSQI nos pais foi de 6,6; ou seja, 75,6% deles tiveram um PSQI ≥ 5 , o que indica que a maioria dos pais teve uma qualidade de sono percebida como ruim. Em crianças, o escore médio do SDSC foi de 42,1 e 62,3% tiveram uma pontuação classificada como ruim. Neste estudo, a qualidade do sono em pais e filhos esteve significativamente associada ($p < 0,001$).

Alguns pesquisadores avaliaram o impacto da doença em familiares e investigaram sua associação com a gravidade da DA. Hani e Al Shobaili (2010) avaliaram 477 familiares por meio do DFI. O escore médio de QV dos familiares foi de 13,9. Apenas 15 (3,4%) tiveram QV normal, 104 (23,3%) foram ligeiramente afetados, 297 (66,4%) foram moderadamente afetados e 31 (6,9%) tiveram impacto grave em sua QV. O sono e as despesas com o tratamento foram as atividades que apresentaram o maior nível de perturbação entre os participantes e o impacto na QV esteve significativamente associado com maior gravidade da doença.

No estudo de Carvalho et al. (2017), a QV de 101 familiares de crianças e adolescentes com DA foi avaliada por meio do questionário DFI e correlacionada com a gravidade da DA pelo SCORAD. A média dos índices de QV dos familiares foi de $9,1 \pm 6,7$ e os domínios mais afetados foram gastos com o tratamento (46,0%); sentimento de exaustão (36,0%) e prejuízos no sono (33,0%). Nesse estudo também houve relação entre os piores índices de QV da família e a gravidade da DA ($p < 0,001$).

Na Itália, Monti et al. (2011) avaliaram a QV de 60 crianças com DA e seus familiares por meio dos instrumentos IDQOL, CDLQI, DFI e SCORAD. A gravidade da

DA correlacionou-se significativamente com pior QV. As crianças com DA grave apresentaram maiores pontuações nos resultados dos instrumentos IDQOL/CDLQI e DFI em comparação aos grupos com DA leve e moderado ($p < 0,01$ e $p < 0,001$), respectivamente. Os autores encontraram associação entre DA grave e piores índices de QV, tanto em crianças como em seus familiares.

Chernyshov (2016) avaliou a QV de 167 familiares de crianças com DA em quatro países diferentes (Ucrânia, República Tcheca, Singapura e Itália) e comparou os dados, avaliando os efeitos da gravidade da DA e idade das crianças por meio do CDLQI, DFI e SCORAD. O SCORAD correlacionou-se com o CDLQI em todos os quatro países e com DFI em todos os países, exceto Singapura. Os sintomas e as despesas relacionadas à DA foram os domínios mais pontuados em todos os países.

Em 2016, Jang et al. avaliaram a QV de 78 pais de crianças com DA e seus fatores associados, como a gravidade da doença e fatores psicossociais por meio da aplicação do SCORAD e dos questionários DFI, IDQOL, CDLQI, *The Positive Affect and Negative Affect Schedule* (PANAS), *The Satisfaction with Life Scale* (SWLS), *The Korean Parenting Stress Index* (K-PSI) e *The PedsQL 4.0 Generic Core Scales* (PedsQL). A idade média dos pais foi de $37,4 \pm 5,3$ anos e das crianças de $65,1 \pm 45,7$ meses. O escore médio do DFI foi de $11,2 \pm 6,0$ e o escore médio de SCORAD foi de $28,3 \pm 16,1$. Pais com problemas emocionais tiveram probabilidade 3,8 vezes maior de ter QV menor do que pais sem problemas emocionais (OR = 3,82; IC 95% = 1,06 – 13,81; $p = 0,04$). Pais de crianças com DA grave tiveram probabilidade 6,6 vezes maior de apresentar QV inferior aos familiares de crianças com DA leve (OR = 6,55; IC 95% = 1,38 – 31,16; $p = 0,01$). Os autores concluíram que a QV dos familiares é afetada pela DA dos filhos, por isso, consideraram importante oferecer apoio emocional aos pais ao longo do tratamento.

Marciniak et al. (2017) avaliaram a influência da DA infantil na QV de 50 pais por meio do instrumento de avaliação *Family Dermatology Life Quality Index* (FDLQI). A DA influenciou na QV de ambos os pais, no entanto, teve influência mais significativa na QV das mães ($17,1 \pm 5,3$) do que a dos pais ($14,7 \pm 5,8$); ($p < 0,001$). O maior impacto na QV, tanto das mães como dos pais, foi devido a influência da DA na rotina de trabalho e educação.

Para o controle da DA são necessários medicamentos tópicos, além de hidratantes e produtos de higiene cuja aquisição pode exercer impacto no orçamento familiar. Filanovsky et al. (2016) correlacionaram os custos do tratamento com o

impacto emocional de 82 cuidadores de crianças e adolescentes com DA moderada e grave nos Estados Unidos por meio do *Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale* (CADIS). O custo mensal médio por família no tratamento da DA foi de US\$ 274,00. Este valor indica que uma média de 34,8% da renda familiar mensal foi usada em cuidados com a DA. Para os pacientes do Programa de Saúde Social “*Medicaid*” houve correlação significativa entre o custo do tratamento e o escore do CADIS ($r = 0,54$) ($p < 0,001$). No entanto, essa correlação não foi significativa para pacientes atendidos por planos privados de saúde ($r = 0,26$) ($p = 0,16$).

Em Curitiba, na pesquisa realizada por Carvalho et al. (2017), o valor médio de gastos com o tratamento da DA em pacientes pediátricos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi de R\$200,00 ao mês, representando um percentual de 7,5% do salário mensal dos familiares. Nesta pesquisa também foi observada diferença significativa no percentual de gastos/salário conforme a gravidade da DA pelo SCORAD (5,0% para DA leve; 7,2% moderada e 10,0% grave). Estes resultados ilustram o impacto financeiro do tratamento da DA, principalmente para pacientes e familiares com menor nível socioeconômico.

Com o objetivo de verificar a relação entre a QV de pacientes com DA e a QV de pacientes com outras doenças dermatológicas, Alvarenga et al. (2009) avaliaram 42 crianças com DA e 44 crianças com outras doenças dermatológicas, utilizando os instrumentos IDQOL e DFI. A análise dos dados indicou diferenças significativas entre os escores dos dois grupos e os domínios mais acometidos foram os que avaliam o prurido, a alteração de humor, os problemas com o tratamento e o desconforto durante o banho.

Alguns autores pesquisaram o impacto de intervenções educativas no manejo da DA, como é o caso de Pustisek et al. (2016), que avaliaram, por meio de um ensaio clínico randomizado, os efeitos de um Programa Educacional Estruturado em 128 pais de crianças com DA moderada e grave. A gravidade da DA foi estimada por meio do SCORAD e do *Patient Oriented SCORAD* (PO-SCORAD) e a QV com os instrumentos FDLQI, *Perceived Stress Scale* (PSS) e *Change in anxiety level according to State Trait Anxiety Inventory* (STAI).

Os 64 participantes do grupo estudo responderam aos questionários e foram convidados a participar do Programa Educacional Estruturado. Neste programa, o médico dermatologista explicou as causas da DA, a nutrição recomendada e os cuidados necessários para o tratamento das lesões, bem como técnicas de

relaxamento para melhorar o sono e aliviar o prurido. Os 64 participantes do grupo controle realizaram a consulta ambulatorial de rotina e foram convidados a responder aos questionários.

Ambos os grupos foram avaliados dois meses após a primeira consulta e responderam novamente aos questionários. Na segunda avaliação do grupo estudo, a análise do SCORAD e do PO-SCORAD demonstrou melhora na DA dos pacientes. Também foi evidenciada melhora no prurido, distúrbio de sono, menor nível de estresse (PSS) e menor nível de ansiedade em comparação ao grupo controle (Quadro 3).

QUADRO 3 - COMPARAÇÃO DOS VALORES DOS ÍNDICES SCORAD; PRURIDO, DISTÚRBIO DE SONO, *PERCEIVED STRESS SCALE*, ESTADO DE ANSIEDADE, TRAÇOS DE ANSIEDADE NO GRUPO ESTUDO E GRUPO CONTROLE

ÍNDICES	GRUPO ESTUDO	GRUPO CONTROLE	p
SCORAD	23,0 ± 15,1	36,4 ± 16,7	< 0,001
PO – SCORAD	24,9 ± 16,5	38,3 ± 16,2	< 0,001
Prurido	3,98 ± 2,7	5,7 ± 2,5	< 0,001
Distúrbio de Sono	2,94 ± 2,9	4,6 ± 2,9	0,001
PSS	16,9 ± 6,1	19,4 ± 6,1	0,02
Estado de Ansiedade	36,5 ± 10,6	40,5 ± 10,8	0,04
Traços de Ansiedade	38,3 ± 9,9	38,0 ± 9,8	0,89

FONTE: PUSTISEK et al. (2016)

NOTA: SCORAD = *Scoring Atopic Dermatitis*; PO-SCORAD = *Patient Oriented SCORAD*; PSS = *Perceived Stress Scale*

Em 2017, Han avaliou o impacto de atendimentos multidisciplinares na QV e na evolução clínica da DA em 40 pacientes atópicos pediátricos em um hospital infantil na Ásia. A gravidade da DA foi mensurada por meio SCORAD e a QV dos pacientes e dos familiares por meio dos instrumentos DLQI e FDLQI. Durante o estudo, os pacientes foram atendidos por profissionais das áreas da dermatologia, alergologia, psicologia, serviço social, nutrição e arte-terapia. A maioria dos pacientes (62,5%) foi encaminhada para a Clínica Multiprofissional devido a problemas psicológicos, 17,5% por problemas relacionados ao controle da DA e 20,0% por uma combinação entre ambos. Na primeira consulta, todos os participantes tinham DA moderada (60,0%) ou grave (40,0%), com SCORAD médio de 43,1. As médias dos escores dos instrumentos DLQI e FLQI foram 12,5 e 13,4; respectivamente. Os escores do SCORAD, DLQI e FLQI apontaram diminuição logo após a primeira consulta com a equipe multiprofissional (SCORAD 34,6; DLQI 10,3; FLQI 8,8; $p < 0,05$) e o SCORAD continuou

reduzindo ao longo do tratamento de forma significativa (28,1) em comparação ao início do tratamento ($p = 0,01$). Foi concluído que a DA está associada a problemas psicológicos e que a abordagem multidisciplinar reduziu a gravidade da doença e melhorou a QV dos pacientes e seus cuidadores.

Os efeitos provocados pela DA interferem negativamente na QV global dos pacientes e de seus familiares, seja pelo prurido, aparência física, custos ou pelas restrições causadas pelo próprio tratamento, tanto de maneira imediata como a longo prazo (GROB et al., 2005). Esta conjunção de fatores exerce influência no desenvolvimento do paciente, podendo precipitar ou até mesmo desenvolver algum tipo de TM.

Pesquisas apontam que a DA aumenta significativamente o risco para TM (SCHMITT et al., 2009; DIAS, 2010; ROMANOS et al., 2010; YAGHMAIE et al., 2013; CATAL et al., 2016; LEE et al., 2016; PUSTISEK et al., 2016; CAMPOS et al., 2017). Crianças com DA experimentam repetidamente sentimentos de isolamento social, rejeição dos pares, provocações e *bullying*, o que pode levar à perda de confiança, mudanças de humor e sintomas depressivos (SALEK et al., 2013). Esses pacientes têm sua rotina modificada por inúmeras limitações, principalmente físicas, devido às características da enfermidade que exigem readaptações contínuas frente à novas situações (CAMPOS, 2010).

Portanto, a utilização de instrumentos que permitam mensurar estes impactos e a percepção que os pacientes têm sobre a sua saúde física e mental auxilia os profissionais de saúde na identificação precoce e na escolha das terapêuticas adequadas, permitindo melhora da QV dos pacientes e seus familiares, bem como na prevenção de TM (BEATTIE; LEWIS-JONES, 2006).

2.4 TRANSTORNOS MENTAIS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA GERAL

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os TM são classificados como doenças com manifestações psicológicas associadas a algum comprometimento funcional resultante da disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a angústia

expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global do indivíduo no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (OMS, 1993).

Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa a presença de TM. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida (OMS, 2001).

Os TM foram reconhecidos como um problema de saúde pública a partir de 1996, quando pesquisadores da *Harvard University* e da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um estudo utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdido por morte prematura causada pela doença mental (que tem como indicador o DALY - *Disability Adjusted Life of Years*). Nesse estudo, das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco estavam associadas aos TM, entre elas a depressão (13,0%), ingestão de álcool (7,1%), distúrbios afetivos bipolares (3,3%), esquizofrenia (4,0%) e distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%) (LOPEZ; MURRAY, 1998; SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), as crianças e adolescentes representam, respectivamente, 30,0% e 14,2% da população mundial (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Nessas faixas etárias são encontradas altas taxas de prevalência de TM. Polanczyk et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática da literatura e incluíram 41 estudos de 27 países de todas as regiões do mundo que avaliaram prevalência de TM em crianças e adolescentes com métodos padronizados que derivam diagnósticos de acordo com o DSM ou CID-10. A prevalência mundial para qualquer TM nesta população foi de 13,4% (IC 95% = 11,3 - 15,9). Para Transtornos de Ansiedade de 6,5% (IC 95% = 4,7 - 9,1), Transtorno Depressivo de 2,6% (IC = 95% 1,7 - 3,9), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de 3,4% (IC 95% = 2,6 - 4,5) e o Transtorno Disruptivo de 5,7% (IC 95% = 4,0 - 8,1).

Na América Latina e no Caribe, uma revisão de literatura de estudos epidemiológicos publicados no período de 1980 a 1999 identificou dez trabalhos com taxas de prevalência de TM entre 15,0% e 21,0% (FREITOSA et al., 2011). No Brasil, Paula, Duarte e Bordin (2007) estimaram prevalência de risco para TM em 479 crianças e adolescentes com e sem prejuízo funcional global em uma comunidade urbana de baixa renda na Região Metropolitana de São Paulo. Foram utilizadas as versões

brasileiras dos instrumentos de avaliação *Child Behavior Checklist* (CBCL) e do *Youth Self-Report* (YSR). A prevalência de risco para TM sem prejuízo funcional global foi de 24,6% e de 7,3% com prejuízo funcional global.

Em 2015 foi realizado o primeiro estudo epidemiológico de investigação de prevalência de TM em crianças e adolescentes nas quatro regiões brasileiras (Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte). A amostra foi composta por 1.676 crianças com idade entre 2 e 6 anos (Quadro 4) avaliadas por meio do instrumento *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL). A prevalência geral observada de um ou mais transtorno psiquiátricos (13,1%) foi semelhante às estimativas relatadas para crianças em todo o mundo (PAULA et al., 2015).

QUADRO 4 - PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM CRIANÇAS DE QUATRO REGIÕES BRASILEIRAS

TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO INFANTIL	AMOSTRA GERAL (n = 1.623)	SUDESTE (n = 434)	CENTRO- OESTE (n = 406)	NORDESTE (n = 382)	NORTE (n = 401)	p
Qualquer Transtorno Psiquiátrico	13,1 (11,4-14,7)	14,5 (11,3-18,2)	18,5 (14,8-22,6)	6,8 (4,5-9,8)	12,0 (9,0-15,6)	< 0,01

FONTE: PAULA et al. (2015)

A detecção e a intervenção precoce em indivíduos com TM melhoram o prognóstico e o desenvolvimento emocional das crianças e/ou adolescentes (VERHULST; VANDER, 1997; DURLAK; WELLS, 1998; MURTHY, 2001; THUN-HOHENSTEIN; HERZOG, 2008). Os TM na infância e/ou adolescência são frequentes e podem interferir no desempenho diário do indivíduo. Quando não tratados, os sintomas podem persistir e acarretar consequências na vida adulta (DURLAK; WEELS, 1998; NELSON; WESTHUES; MACLEOD, 2003).

Ao intervir precocemente, delimita-se um conjunto de especificidades ainda não formadas completamente. Situações desfavoráveis vividas na infância podem resultar em TM, especialmente em indivíduos que apresentem associação de fatores genéticos, psicológicos e ambientais (GRILLO; SILVA, 2004).

A criança é um ser em desenvolvimento e lábil em suas manifestações comportamentais. Assim, alguns sintomas em determinada fase não são necessariamente considerados patológicos. São, às vezes, resultados de conflitos ou

uma defesa momentânea e necessária, cuja finalidade seria a reformulação da situação, tendo assim consistência positiva para o indivíduo (JERUSALINSKY, 1997). A cada nova fase de maturação surgem novas situações conflitivas como também novos meios para enfrentá-los e modificar as anteriores. Porém, a mesma causa pode ter resultados diferenciados, positivos ou negativos no desenvolvimento. Por exemplo, uma separação materna transitória pode tanto conduzir a debilidades emocionais como estimular o desenvolvimento de mecanismos adaptativos.

O indicativo de um TM na infância não deve ser confundido com características normais das fases de desenvolvimento. Porém, vale ressaltar que as características peculiares de cada fase se encontram definidas dentro de certo equilíbrio de funcionamento que, se desorganizadas por alguma razão, podem levar a sintomas de natureza transitória ou ser a primeira manifestação de um TM (SIBEMBERG, 1997).

Crianças menores de 10 anos possuem menor capacidade de expressar seu sofrimento por meio da linguagem oral, além de serem mais susceptíveis às influências do meio ambiente em razão da ausência de mecanismos de defesa maduros. Dessa forma, muitas vezes, sua desorganização emocional não é reconhecida a não ser quando já está instalada e estruturada. O valor atribuído a um sintoma deve ser relacionado à história da criança, aos acontecimentos do seu ambiente, ao sentido que ele adquiriu na organização de sua personalidade, à sua labilidade ou rigidez às mudanças e as suas capacidades para superá-los (GRILLO; SILVA, 2004).

O médico, particularmente o pediatra, é o profissional com maior possibilidade de avaliar a criança desde seu estágio inicial de vida. Pode intervir e mesmo prevenir um TM, já que tem o potencial de ser a maior fonte de informação dos pais em relação ao desenvolvimento da criança. O reconhecimento, pelo pediatra, das primeiras alterações de comportamento da criança, permite a modificação da evolução da enfermidade, além da promoção da Saúde Mental. Repercussões imediatas no sofrimento e melhora da QV da criança e de sua família poderão ser percebidas, além de favorecer a diminuição do uso abusivo de álcool e drogas, da violência e do desenvolvimento de doenças psiquiátricas na vida adulta (GRILLO; SILVA, 2004).

Edelbrock e Costello (1988) constataram que pediatras de um ambulatório de cuidados primários identificaram 17,0% de crianças e/ou adolescentes com problemas emocionais, e desses, apenas 3,6% foram encaminhados para avaliação especializada. Na Holanda, médicos pediatras deixaram de identificar 43,0% das crianças que tinham sido classificadas como portadoras de características

consideradas altamente indicadoras de TM, por meio de testes de triagem (REIJNEVELD et al., 2006).

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde, apresentado durante a Terceira Conferência Nacional de Saúde, 30,0% dos países não têm políticas de Saúde Mental e 90,0% não têm políticas de Saúde Mental que incluam crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). No Brasil, o Ministério da Saúde não preconiza ações de Psicologia na atenção básica e também não tem uma proposta para Saúde Mental de crianças e adolescentes, exceto para TM graves, por meio da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Logo, a identificação de TM na infância e na adolescência destaca-se como um importante desafio a ser enfrentado pelos sistemas de saúde. Muitas vezes, antes do diagnóstico formal de um TM, já é possível encontrar indícios de sofrimento psíquico, assim, a identificação precoce dos TM, bem como seus fatores de risco, pode auxiliar na prevenção em Saúde Mental nesta população.

2.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Os instrumentos de avaliação padronizados têm sido cada vez mais utilizados na avaliação dos TM de crianças e adolescentes. Estes instrumentos têm algumas peculiaridades em relação àqueles de avaliação de adultos, por exemplo, deve-se levar em consideração que a criança é um ser em desenvolvimento, ou seja, apresenta características diferentes de acordo com a idade, por isso, eles são apresentados em versões específicas para cada faixa etária (BORDIN; PAULA; DUARTE, 2006).

Os mais utilizados fazem parte do Sistema de Avaliação ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*), entre eles o *Child Behavior Checklist* (1 ano e meio a 5 anos de idade) e o *Child Behavior Checklist* (6 a 18 anos de idade) (CBCL) (ACHENBACH; RESCORLA, 2001) (Anexo 3 e 4). O ASEBA é composto por um conjunto de escalas que utilizam métodos quantitativos para avaliar problemas emocionais e competências sociais de pessoas em diferentes faixas etárias. Os instrumentos deste sistema de avaliação têm sido utilizados em diversos contextos, são reconhecidos internacionalmente e existem mais de 7.000 publicações de pesquisas

realizadas em mais de 80 culturas diferentes. A tradução dos instrumentos foi realizada em mais de 100 línguas, entre elas o português do Brasil (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). A validação do CBCL no Brasil foi realizada por Bordin, Mari e Caeiro (1995).

Suas escalas se destacam das demais formas de avaliação em Saúde Mental pelo seu rigor metodológico, valor em pesquisa e utilidade na prática clínica. Fornecem ampla cobertura dos sintomas psicopatológicos comumente encontrados na infância e na adolescência, sendo indicado na literatura como um dos instrumentos mais eficazes na quantificação das respostas sobre o comportamento infanto-juvenil. Para isso, é baseado nas atividades de rotina, relações sociais e performance escolar da criança e do adolescente, fornecendo análise do perfil emocional, social e comportamental dos avaliados (WIELEWICKI; GALLO; GROSSI, 2011).

O CBCL, em duas versões (Pré-escolares - entre 1 ano e meio a 5 anos de idade / Escolares - entre 6 a 18 anos de idade) é indicado para a avaliação de crianças e adolescentes, sendo respondidos pelos pais e/ou responsáveis.

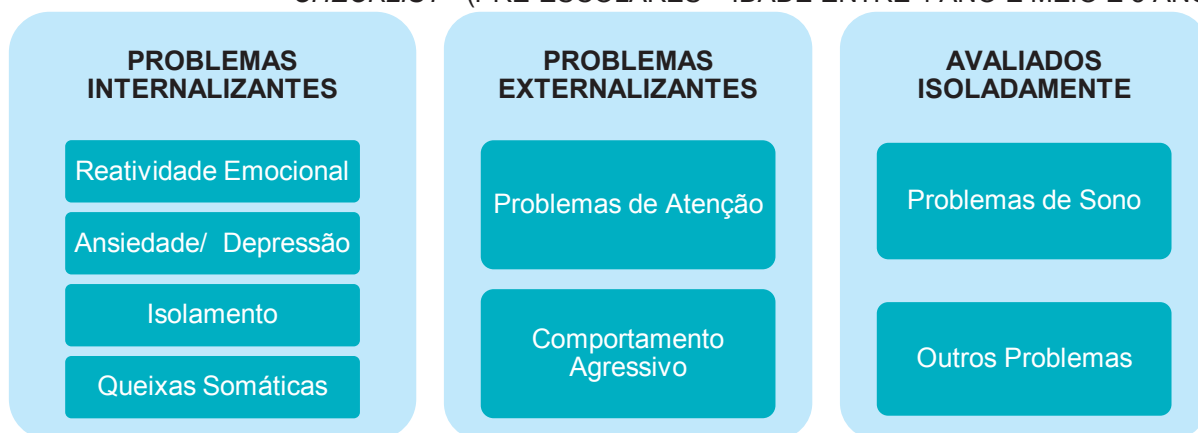
A versão do CBCL destinado a crianças entre 1 ano e meio e 5 anos de idade possui temas específicos da faixa etária pré-escolar. É composto por 100 questões que avaliam as seguintes síndromes: *Reatividade Emocional*, *Ansiedade/Depressão*, *Isolamento* e *Queixas Somáticas*, que agrupadas são denominadas *Problemas Internalizantes*. *Problemas de Atenção* e *Comportamento Agressivo* denominam-se *Problemas Externalizantes*. A síndrome *Problemas de Sono* é avaliada separadamente (Organogramas 3 e 4).

O CBCL utilizado para avaliar escolares entre 6 e 18 anos é composto por 113 questões. Os itens do instrumento são classificados em oito síndromes, sendo que *Ansiedade/Depressão*, *Isolamento* e *Queixas Somáticas* são agrupadas como *Problemas Internalizantes*; *Comportamento de Quebra Regras* e *Comportamento Agressivo* agrupam-se nos *Problemas Externalizantes*. As síndromes *Problemas Sociais*, *Problemas de Pensamento* e *Problemas de Atenção* são avaliadas separadamente (Organogramas 5 e 6).

Estes instrumentos são compostos por questões que devem ser pontuadas como “*não é verdadeiro/ausente*” (escore = 0), “*algumas vezes/um pouco verdadeiro*” (escore = 1), “*frequentemente verdadeiro*” (escore = 2) e duas questões abertas “*Qual é a sua maior preocupação em relação ao (a) seu (sua) filho (a)?*” e “*Por favor, descreva os aspectos mais positivos do (a) seu (sua) filho (a)*” para os últimos seis meses, a contar da data do preenchimento. A somatória dos escores é convertida em T escores

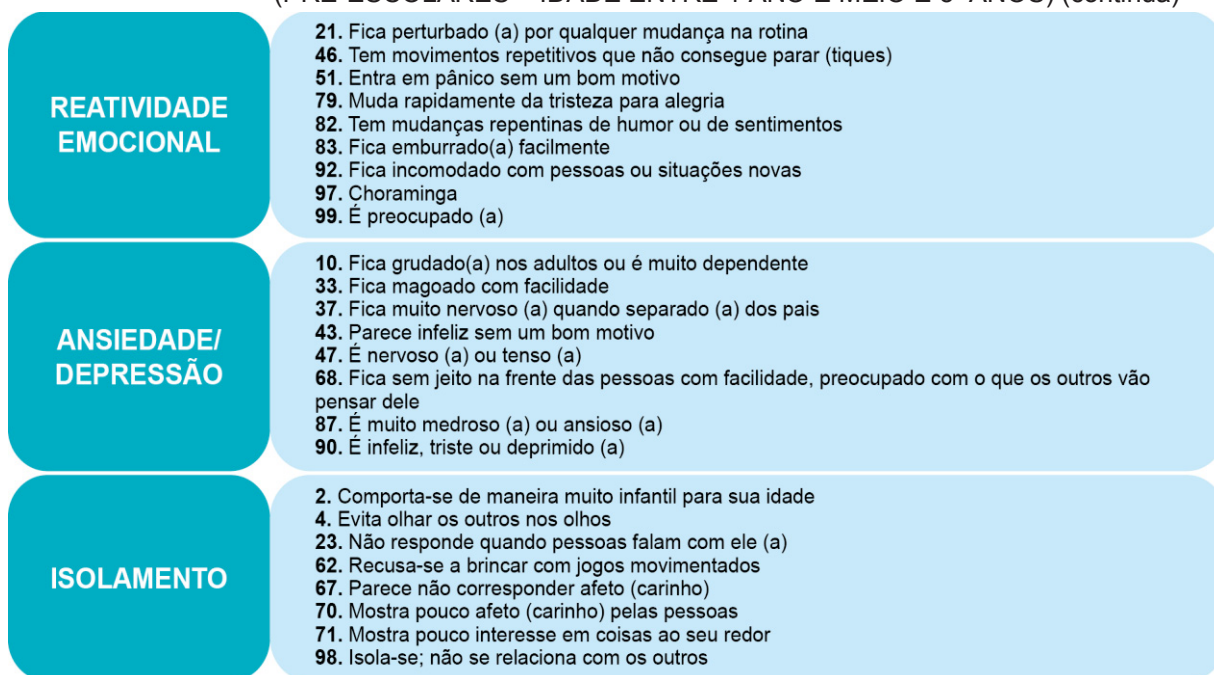
de acordo com análises apropriadas para sexo e idade. O cálculo dos resultados deve ser realizado pelo avaliador manualmente ou por meio do *software Assessment Data Manager* (ADM). Um T escore abaixo de 64 é considerado Normal, entre 65 e 69, Limítrofe e igual ou acima de 70, Clínico. O resultado é expresso em um gráfico que indica as áreas e a pontuação obtida pelo paciente em cada uma delas, estando delimitadas por linhas pontilhadas os limites Normal, Limítrofe e Clínico (Figuras 1 e 2).

ORGANOGRAMA 3- AGRUPAMENTO DAS SÍNDROMES AVALIADAS PELO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* - (PRÉ-ESCOLARES – IDADE ENTRE 1 ANO E MEIO E 5 ANOS)



FONTE: ACHENBACH; RESCORLA (2001)

ORGANOGRAMA 4 – ESCALA DAS SÍNDROMES AVALIADAS PELO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* (PRÉ-ESCOLARES – IDADE ENTRE 1 ANO E MEIO E 5 ANOS) (continua)

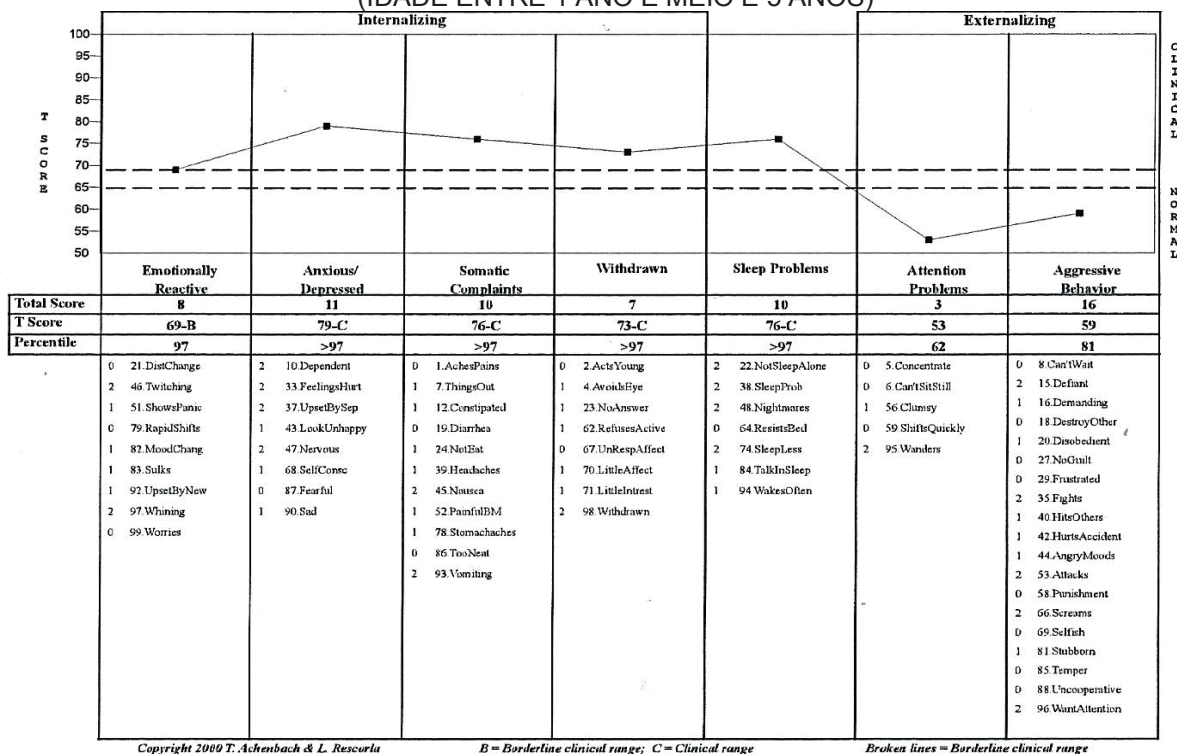


ORGANOGRAMA 4 – ESCALA DAS SÍNDROMES AVALIADAS PELO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST*
(PRÉ-ESCOLARES – IDADE ENTRE 1 ANO E MEIO E 5 ANOS) (conclusão)

QUEIXAS SOMÁTICAS	<p>1. Sente dores (sem causa médica) 7. Não suporta ter as coisas fora do lugar 12. Tem prisão do ventre, intestino preso (mesmo quando não está doente) 19. Tem diarreia ou intestino solto (mesmo quando não está doente) 24. Não come bem 39. Tem dores de cabeça (sem causa médica) 45. Tem náuseas, enjoos (sem causa médica) 52. Sente dores na barriga (sem causa médica) 78. Tem dores de estômago ou cólicas (sem causa médica) 86. É muito preocupado (a) com organização ou limpeza 93. Vomita (sem causa médica)</p>
PROBLEMAS DE ATENÇÃO	<p>5. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo 6. Não consegue parar sentado (a), não para quieto (a) ou é hiperativo (a) 56. É desajeitado (a), tem má coordenação motora 59. Muda de uma atividade para outra rapidamente 95. Foge</p>
COMPORTAMENTO AGRESSIVO	<p>8. Não suporta esperar; quer tudo imediatamente 15. É desafiador (a) 16. Quer ter suas vontades atendidas na hora 18. Destrói coisas de sua família ou de outras crianças 20. É desobediente 27. Não parece sentir-se culpado (a) depois de se comportar mal 29. Fica frustrado com facilidade 35. Mete-se em muitas brigas 40. Bate nos outros 42. Machuca animais ou pessoas sem intenção 44. É mal-humorado (a) 53. Ataca fisicamente as pessoas 58. Seu comportamento não muda com punição 66. Grita muito 69. É egoísta ou não divide 81. É teimoso (a), mal-humorado (a) ou fácil de se irritar 85. Faz birra ou é esquentado (a) 88. Não é cooperativo (a) 96. Exige que prestem muita atenção nele (a)</p>
PROBLEMAS DE SONO	<p>22. Não quer dormir sozinho (a) 38. Tem dificuldade para pegar no sono 48. Tem pesadelos 64. Resiste a ir para a cama à noite 74. Dorme menos do que a maioria das crianças durante o dia e/ou noite 84. Fala ou chora durante o sono 94. Acorda frequentemente à noite</p>
OUTROS PROBLEMAS	<p>3. Tem medo de experimentar coisas novas 9. Mastiga coisas que não se deve comer 11. Procura ajuda constantemente 13. Chora muito 14. É cruel com animais 17. Destrói suas próprias coisas 25. Não se dá bem com outras crianças 26. Não sabe se divertir, age como um pequeno adulto 28. Não quer sair de casa 30. Sente ciúmes ou inveja com facilidade 31. Come e bebe coisas que não são alimentos 32. Tem medo de certos animais, situações ou lugares 34. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes 36. Mete-se em tudo 41. Prende a respiração 49. Come demais 50. Sente-se cansado (a) demais 54. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo 55. Mexe demais nas partes íntimas do corpo 57. Tem problemas com os olhos (sem causa médica) 60. Tem assaduras ou outros problemas de pele (sem causa médica) 61. Recusa-se a comer 63. Balança a cabeça ou o corpo repetidamente 65. Resiste ao treinamento para o uso do banheiro 72. Mostra muito pouco medo de se machucar 73. É muito acanhado (a) ou tímido (a) 75. Suja-se ou brinca com as fezes 76. Tem problemas de fala 77. Fica com o olhar parado, parece preocupado (a) 80. Tem comportamento estranho 89. É pouco ativo (a); seus movimentos são lentos ou tem falta de energia 91. É barulhento (a) demais 100. Por favor, escreva outros problemas do seu (sua) filho (a) que não tenham sido mencionados acima</p>

FONTE: ACHENBACH; RESCORLA (2001)

FIGURA 1 - GRÁFICO DE RESULTADO DAS SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* (IDADE ENTRE 1 ANO E MEIO E 5 ANOS)



FONTE: O autor (2018)

NOTA: Exemplo de um caso do estudo

ORGANOGRAMA 5 - AGRUPAMENTO DAS SÍNDROMES AVALIADAS PELO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* (IDADE ENTRE 06 E 18 ANOS)



FONTE: ACHENBACH; RESCORLA (2001)

ORGNOGRAMA 6 - ESCALA DE SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* (IDADE ENTRE 6 E 18 ANOS) (continua)

**ANSIEDADE/
DEPRESSÃO**

- 14. Chora muito
- 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares sem incluir a escola
- 30. Tem medo da escola
- 31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada
- 32. Acha que tem que fazer tudo perfeito
- 33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele (a)
- 35. Sente-se sem valor ou inferior
- 45. É nervoso (a) ou tenso (a)
- 50. É muito medroso (a) ou ansioso (a)
- 52. Sente-se muito culpado (a)
- 71. Fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado com o que os outros não pensar dele
- 91. Fala que vai se matar
- 112. É muito preocupado (a)

**ISOLAMENTO/
DEPRESSÃO**

- 5. Poucas coisas lhe dão prazer
- 42. Prefere estar sozinho (a) a ficar em companhia
- 65. Recusa-se a falar
- 69. É reservado (a), fechado (a), não conta suas coisas para ninguém
- 75. É muito acanhado (a) ou tímido
- 102. É pouco ativo (a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
- 103. É infeliz, triste ou deprimido (a)
- 111. Isola-se, não se relaciona com os outros

**QUEIXAS
SOMÁTICAS**

- 47. Tem pesadelos
- 49. Tem prisão do ventre, intestino preso
- 51. Tem tonturas
- 54. Sente-se cansado (a) demais sem motivo
- 56. Tem problemas físicos de fundo emocional
- 56.a) Dores
- 56.b) Dores de cabeça
- 56.c) Náuseas, enjoos
- 56.d) Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos)
- 56.e) Problemas de pele
- 56.f) Dores de estômago ou de barriga
- 56.g) Vômitos

**COMPORTAMENTO
DE QUEBRA-
REGRAS**

- 2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais
- 26. Não se sente culpado (a) depois de se comportar mal
- 28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares
- 39. Anda em más companhias
- 43. Mentira ou engana os outros
- 63. Prefere estar com crianças mais velhas
- 67. Foge de casa
- 72. Põe fogo nas coisas
- 73. Tem problemas sexuais
- 81. Rouba em casa
- 82. Rouba fora de casa
- 90. Xinga, fala palavrões, é boca suja
- 96. Pensa demais em sexo
- 99. Fuma cigarro ou masca fumo
- 101. Mata aula, cabula, gazea
- 105. Usa drogas (excluir álcool e tabaco)
- 106. Comete atos de vandalismo

**COMPORTAMENTO
AGRESSIVO**

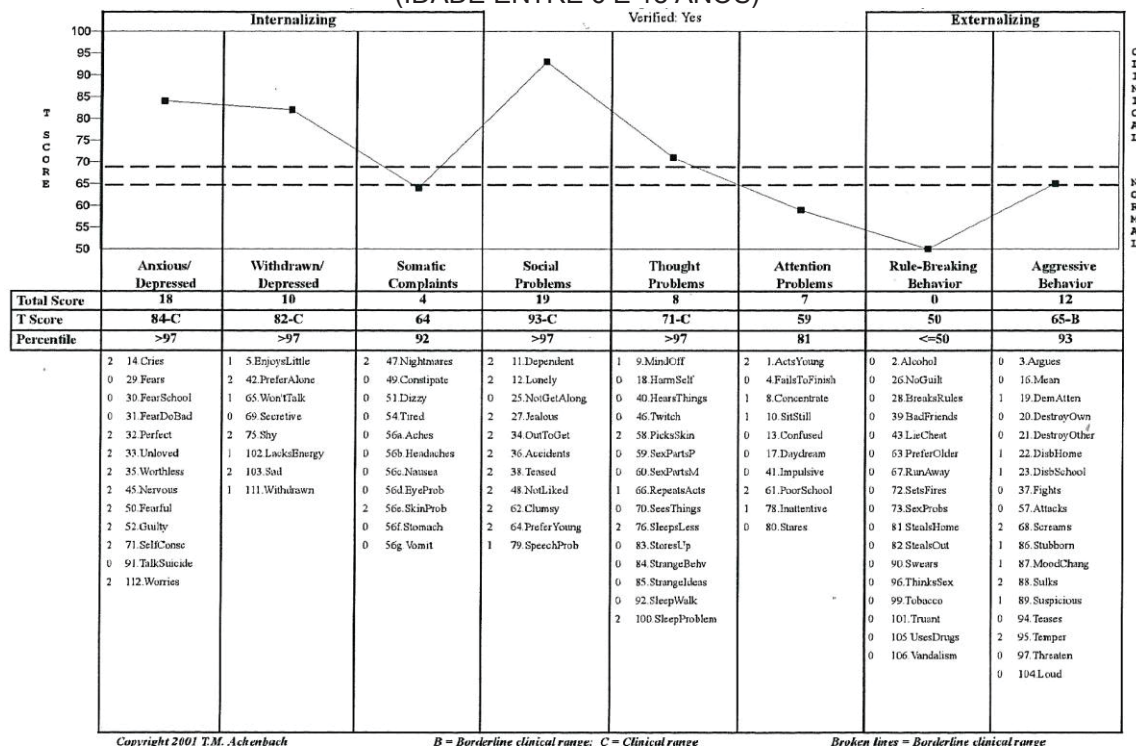
- 3. Discute muito
- 16. É cruel, intimida ou faz maldade com outros
- 19. Exige que prestem muita atenção nele (a)
- 20. Destroi suas próprias coisas
- 21. Destroi coisas de sua família ou de outros
- 22. É desobediente em casa
- 23. É desobediente na escola
- 37. Mete-se em muitas brigas
- 57. Ataca fisicamente as pessoas
- 68. Grita muito
- 86. É teimoso (a), mal humorado (a) ou fácil de se irritar
- 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
- 88. Fica emburrado (a) facilmente
- 89. É desconfiado (a)
- 94. Gosta de gozar dos outros
- 95. Tem crises de birra ou é esquentado (a)
- 97. Ameaça as pessoas
- 104. É barulhento demais

ORGANOGRAMA 6 - ESCALA DE SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* (IDADE ENTRE 6 E 18 ANOS) (conclusão)

PROBLEMAS SOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> 11. Fica grudado nos adultos ou é muito dependente 12. Reclama de solidão 25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes 27. Sente ciúme ou inveja com facilidade 34. Acha que os outros o (a) perseguem 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes 38. É alvo de muitas gozações 48. As outras crianças/adolescentes não gostam dele (a) 62. É desajetado (a), tem má coordenação motora 64. Prefere estar com crianças mais novas 79. Tem problemas de fala
PROBLEMAS DE PENSAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça 18. Machuca-se de propósito ou já tentou se matar 40. Escuta sons ou vozes que não existem 46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques) 58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo 59. Mexe nas partes íntimas em público 60. Mexe demais nas partes íntimas 66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas, compulsões 70. Vê coisas que não existem 76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite 83. Junta muitas coisas que não precisa e que não servem para nada 84. Tem comportamento estranho 85. Tem ideias estranhas 92. Fala ou anda dormindo 100. Tem problemas com o sono
PROBLEMAS DE ATENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade 4. Não termina as coisas que começa 8. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo 10. Não consegue parar sentado (a), não para quieto (a) ou é hiperativo (a) 13. Fica confuso (a) ou desorientado (a) 17. Vive no "mundo da lua" ou perde-se em seus pensamentos 41. É impulsivo (a) ou age sem pensar 61. Não vai bem na escola (tira notas baixas) 78. É desatento ou distrai-se facilmente 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"
OUTROS PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário 7. Gosta de contar vantagem 15. É cruel com os animais 24. É difícil para comer 44. Rói as unhas 53. Come exageradamente 55. Está acima do peso 56.h) Outros 74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas 77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou durante a noite 93. Fala demais 98. Chupa o dedo 107. Faz xixi na calça durante o dia 108. Faz xixi na cama 109. Choraminga 110. Gostaria de ser do sexo oposto 113. Por favor, descreva outros problemas do seu (as) filho (a) que não tenham sido mencionados na lista acima

FONTE: ACHENBACH; RESCORLA (2001)

FIGURA 2 – GRÁFICO DE RESULTADO DAS SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* (IDADE ENTRE 6 E 18 ANOS)



FONTE: O autor (2018)
NOTA: Exemplo de um caso do estudo

Os nomes atribuídos às síndromes pertencem a um vocabulário familiar aos profissionais de Saúde Mental para facilitar a comunicação entre aqueles que fazem uso das escalas. Porém, essas síndromes não permitem realizar diagnósticos psiquiátrico-psicológicos dos pacientes avaliados pelo CBCL, pois não representam entidades nosológicas. É possível, porém, classificar como Normal, Limítrofe ou Clínico, de acordo com as síndromes, com as Escalas de Problemas Internalizantes e Problemas Externalizantes ou com o Total de Problemas (ACHENBACH, 2001).

Um caminho para o profissional de saúde aperfeiçoar sua habilidade na identificação e, por consequência, o encaminhamento precoce de crianças e/ou adolescentes com indicativos de TM, é o uso de escalas validadas. Crianças raramente buscam serviços de Saúde Mental e dificilmente são capazes de relatar a história e a natureza de seu problema. Assim, podem recorrer aos pais, responsáveis ou cuidadores para obter dados sobre o funcionamento mental do seu filho.

2.6 RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA

Crianças e adolescentes com DA são considerados grupo de risco para o desenvolvimento de TM. Dentre os estudos sobre DA pediátrica que utilizaram o CBCL, destacam-se o de Fontes et al. (2005) e Dias (2010).

Fontes et al. (2005) realizaram um estudo do tipo caso-controle e avaliaram 50 crianças entre 04 e 16 anos por meio do CBCL. Para o grupo de estudo foram selecionados, aleatoriamente, 25 pacientes com diagnóstico de DA e para o grupo controle, 25 crianças matriculadas em uma escola da rede pública na cidade de Porto Alegre. As crianças com DA apresentaram maiores índices, em comparação ao grupo controle, principalmente nas síndromes *Ansiedade/Depressão*, *Queixas Somáticas*, *Problemas de Pensamento* e *Comportamento Agressivo* (Quadro 5).

QUADRO 5 - ESCORES DAS SÍNDROMES “ANSIEDADE/DEPRESSÃO”, “QUEIXAS SOMÁTICAS”, “PROBLEMAS DE PENSAMENTO” E “COMPORTAMENTO AGRESSIVO” DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* CLASSIFICADOS COMO CLÍNICO EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE DERMATITE ATÓPICA (GRUPO ESTUDO) E GRUPO CONTROLE

SÍNDROMES	GRUPO ESTUDO	GRUPO CONTROLE	p
Ansiedade/Depressão	9,0 (7,0 – 14,0)	5,0 (4,0 – 7,0)	0,002
Queixas Somáticas	5,0 (4,0 – 9,0)	2,0 (1,0 – 4,5)	0,001
Problemas de Pensamento	2,0 (0,5 – 2,0)	0,0 (0,0 – 2,0)	0,01
Comportamento Agressivo	18,0 (14,0 – 22,5)	11,0 (6,5 – 13,0)	0,001

FONTE: FONTES et al. (2005)

A redução do desenvolvimento de atividades lúdicas, provavelmente em função da constante estigmatização sofrida devido aos sintomas da doença, foram as mais prevalentes. Na Síndrome *Ansiedade/Depressão*, as principais características estiveram relacionadas a sentimentos de solidão, choro excessivo e a crença de que devem ser perfeitas para agradar aos outros. Em relação à Síndrome *Problemas de Pensamento* as crianças portadoras de DA estiveram mais preocupadas e rígidas em seus pensamentos, relacionando a DA com o pensamento obsessivo. Dentro deste perfil, são inseguras, com uma baixa autoestima, provavelmente ocasionada pelo difícil manejo da doença, o que também possibilita mudanças repentinas do humor. Evidenciou-se também que as crianças com DA manifestam o desejo de se relacionar,

mas entram em conflito em função da sua aparência, e conseqüentemente, diminuem suas atividades interpessoais (FONTES et al., 2005).

No estudo de Dias (2010) foi avaliado risco para TM em nove crianças com diagnóstico de DA, quatro com diagnóstico de psoríase e treze com o diagnóstico de vitiligo por meio do CBCL. Crianças com DA (77,8%) e psoríase (75,0%) foram as que apresentaram maior frequência de *Problemas de Comportamento*.

Outros instrumentos de avaliação também foram utilizados para estimar a prevalência de TM nesta população. Nos EUA, Yaghmaie, Koudelka e Simpson (2013) realizaram um levantamento sobre a saúde de 92.642 crianças não institucionalizadas com e sem o diagnóstico de DA entre 0 a 17 anos de idade por meio dos dados do *National Survey of Children's Health*, que foi projetado para estimar a prevalência de diversos problemas de saúde infantil, incluindo fatores físicos, emocionais e comportamentais. Para a coleta de dados, foram escolhidos aleatoriamente números de telefones de domicílios com uma ou mais crianças com menos de 18 anos de idade.

O diagnóstico de DA foi considerado frente a resposta afirmativa à pergunta: "*Nos últimos 12 meses, um médico ou outro profissional de saúde lhe disse que seu/sua filho/a tinha eczema ou alergia na pele?*". A gravidade da DA foi baseada na avaliação dos pais/responsáveis pela pergunta: "*Você descreveria o eczema ou a alergia na pele como leve, moderada ou grave?*". A prevalência dos TM foi avaliada pela pergunta: "*Um médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que seu/sua filho/a tinha(...)*", seguido das frases: "*transtorno de déficit de atenção/hiperatividade?*", "*depressão?*", "*problemas de ansiedade?*", "*problemas comportamentais ou de conduta?*", "*autismo, transtorno de Asperger, transtorno invasivo do desenvolvimento ou outro transtorno do espectro autista?*".

A frequência de DA foi de 12,9%, a maioria das crianças com DA apresentou doença leve (67,0%), 26,0% moderada e 7,0% grave. A análise dos resultados demonstrou associação entre DA e diversos TM. Evidenciaram que as crianças com DA têm maior prevalência de Transtorno Depressivo, Ansiedade, Transtorno de Conduta, Autismo e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) quando comparadas com os seus pares não afetados pela doença (Quadro 6).

QUADRO 6 - PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS COM O DIAGNÓSTICO DE DERMATITE ATÓPICA E SEM O DIAGNÓSTICO DE DERMATITE ATÓPICA
NATIONAL SURVEY OF CHILDREN'S HEALTH

TRANSTORNOS MENTAIS	GRUPO SEM DA (n/%)	GRUPO COM DA (n/%)	OR	IC 95%	p
TDAH					
Sempre	5.501 (8,2%)	959 (12,6%)	1,6	1,3 – 1,9	< 0001
Atualmente	4.233 (6,4%)	747 (9,6%)	1,5	1,3 – 1,9	< 0001
Medicado	3.009 (4,3%)	483 (6,3%)	1,5	1,2 – 1,9	0009
DEPRESSÃO					
Sempre	2.226 (3,4%)	492 (6,5%)	2,0	1,5 – 2,7	< 0001
Atualmente	1.218 (1,8%)	274 (3,9%)	2,3	1,5 – 3,3	< 0001
ANSIEDADE					
Sempre	3.072 (4,1%)	681 (7,2%)	1,8	1,4 – 2,3	< 0001
Atualmente	1.921 (2,6%)	474 (5,1%)	2,0	1,6 – 2,5	< 0001
TRANSTORNO DE CONDUTA					
Sempre	2.356 (4,0%)	546 (7,7%)	2,0	1,6 – 2,5	< 0001
Atualmente	1.693 (2,8%)	434 (6,5%)	2,4	1,8 – 3,0	< 0001
AUTISMO					
Sempre	994 (1,5%)	283 (4,0%)	2,7	1,9 – 3,8	< 0001
Atualmente	642 (0,9%)	176 (2,2%)	2,5	1,7 – 3,7	< 0001

FONTE: YAGHMAIE; KOUDELKA; SIMPSON (2013)

NOTA: DA = Dermatite Atópica; TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confiança

Neste mesmo estudo, foi constatado que a frequência de TM é maior nas crianças e adolescentes com DA grave em comparações aos com a doença em grau leve e que a perturbação do sono pode ser um dos mecanismos que predispõe esses pacientes a condições concomitantes de Saúde Mental, já que padrão de sono interrompido tem efeito negativo no estado mental de crianças, incluindo efeito sobre o comportamento, atenção e humor.

Shin et al. (2016), em um estudo de coorte, investigaram a associação entre a gravidade da DA e a frequência de consultas ambulatoriais a médicos psiquiatras utilizando os dados do *Korean National Health Insurance Claims* de 2005 até 2013. Foram avaliados 266.182 indivíduos com idade entre 0 a 20 anos. Os resultados indicaram que a probabilidade de uma criança com DA precisar ir a um médico psiquiátrico é de 5 a 6 vezes maior em comparação a crianças sem o diagnóstico de

DA (OR = 5,76, IC 95% = 5,40 – 6,15). Os autores concluíram que pacientes pediátricos com DA têm maior risco de desenvolver distúrbios mentais, por isso, recomendam instrumentos de triagem para avaliar precocemente TM.

Em 2009, Schmitt et al. realizaram um estudo do tipo caso-controle na Alemanha com 1.436 crianças e adolescentes com diagnóstico de DA e 1.436 crianças e adolescentes sem DA. Neste estudo foram utilizados dois modelos de regressão logística para investigar a relação entre a DA, comorbidades alérgicas, psiquiátricas e fatores sociodemográficos como o TDAH, utilizando a eliminação reversa. A prevalência de TDAH foi de 5,2% entre os pacientes com DA e 3,4% entre os controles ($p = 0,04$).

Na Alemanha, em 2011, Schmitt et al. (2011) investigaram, aos 10 anos de idade, 1.578 crianças por meio do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). As crianças com DA (durante os 2 primeiros anos de vida) e problemas de sono foram mais propensas a apresentarem problemas emocionais (OR = 2,40; IC 95% = 1,32-4,39; $p < 0,001$), problemas de conduta (OR = 3,03; IC95% = 1,01-9,12; $p = 0,04$) e TDAH (OR = 2,12; IC 95% = 1,34-3,37; $p = 0,001$) em comparação com as crianças sem DA e sem problemas de sono. Os autores assinalaram que a curta duração do sono pode induzir problemas comportamentais em crianças e concluíram que crianças com DA e problemas de sono concomitantes tem risco para o desenvolvimento de TM.

Romanos et al. (2010), por meio de um estudo transversal na Alemanha com 13.318 crianças e adolescentes entre 3 e 17 anos, avaliaram a associação entre DA e TDAH. A prevalência de DA e TDAH ao longo da vida foi de 14,7% (sexo masculino 14,4%; sexo feminino 14,9%) e 4,9% (sexo masculino 7,8%; sexo feminino 2,0%), respectivamente. Houve associação entre TDAH e DA ($p < 0,001$). Posteriormente, realizaram outra análise de um subgrupo de 6.484 crianças e observaram que a associação entre DA e TDAH foi maior nos pacientes com problemas de sono ($p = 0,04$).

Na Espanha, Catal et al. (2016) investigaram TM em 80 crianças diagnosticadas com DA e 74 crianças saudáveis por meio do instrumento *The Early Childhood Inventory-4* (ECI-4) e 68,8% das crianças com DA tiveram pelo menos um diagnóstico psiquiátrico. Entre os TM, TDAH, enureses/encoprese e Transtorno do Apego Reativo foram significativamente maiores quando comparados com o grupo de controle saudável (Quadro 7).

QUADRO 7 - FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO UTILIZANDO O *EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4* EM CRIANÇAS COM E SEM DERMATITE ATÓPICA

DIAGNÓSTICO	GRUPO DERMATITE ATÓPICA (%)	GRUPO SAUDÁVEL (%)	p
TDAH	23,8	8,0	0,03
Enurese/Encoprese	33,8	17,6	0,02
Transtorno do Apego Reativo	46,3	29,7	0,03

FONTE: CATAL et al. (2016)

NOTA: TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Quando os grupos foram comparados em termos de gravidade dos TM, o TDAH ($p = 0,04$), o Transtorno de Conduta ($p = 0,001$), o Transtorno de Ansiedade ($p < 0,001$) e os Transtornos Alimentares ($p = 0,01$) foram mais observados nos participantes com diagnóstico de DA (Quadro 8).

QUADRO 8 - ESCORES DOS SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS DETERMINADO PELO THE *EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4*

SINTOMAS	GRUPO DERMATITE ATÓPICA	GRUPO SAUDÁVEL	p
TDAH	16,8 ± 10,1	13,5 ± 8,1	0,04
Transtorno de Conduta	2,0 ± 6,0	0,0 ± 2,75	0,001
Transtorno de Ansiedade	13,0 ± 9,25	6,0 ± 5,0	< 0,001
Transtornos Alimentares	1,0 ± 3,0	0,5 ± 2,0	0,01

FONTE: CATAL et al. (2016)

NOTA: TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Um estudo longitudinal realizado em Taiwan, com 18.473 crianças nascidas entre 1998 e 2008, com DA com idade entre 1 e 36 meses, constatou que a presença da DA aumentou significativamente o risco de desenvolver TDAH e Distúrbio do Espectro Autista durante a infância (LEE et al., 2016). Liao et al. (2016) realizaram um estudo também de coorte com 387.262 crianças com diagnóstico de DA antes dos 2 anos de idade e identificaram risco para TDAH em 16,0% desta população.

Em 2011, Slattery et al. avaliaram Transtornos Depressivos e de Ansiedade em adolescentes com DA e correlacionaram com a gravidade da dermatose. Foram avaliados 36 pacientes, a gravidade da DA foi mensurada pelo SCORAD e os diagnósticos de Ansiedade e Depressão foram avaliados por meio do instrumento

K-SADS-PL. Os adolescentes com DA apresentaram maiores taxas de Transtornos de Ansiedade e em particular, Transtorno de Ansiedade Social em comparação com as estimativas da comunidade. Os autores sugerem que a perda crônica do sono contribui para a fadiga física e emocional que afeta negativamente as relações sociais e promove aumento da frequência de depressão nos adolescentes.

No estudo de Chamlin et al. (2004), distúrbios do sono foram avaliados em 300 crianças com DA. A maioria dos pais (60,0%) relatou que a DA afeta o sono das crianças e também o deles. Em 30,0% das famílias, os filhos dormiam junto aos pais e 66,0% destes sentiam-se incomodados em dormir junto com a criança.

Os pacientes com DA sentem prurido intenso, que pode piorar particularmente em contexto de estresse. Apresentam dificuldade em se absterem de coçar, o que posteriormente piora a DA e desencadeia mais prurido (MAHTANI et al., 2005). Isso contribui para um ciclo vicioso que perpetua um estado de ansiedade (BENDER et al., 2008). Em uma pesquisa realizada na Universidade de São Paulo (USP) em 2012 foram avaliados 33 pacientes entre cinco e dez anos, de ambos os sexos com diagnóstico de DA por meio de entrevista semiestruturada, Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e o Teste das Fábulas de Duss. A análise dos resultados demonstrou que 16 (48,5%) crianças com DA apresentavam comportamento de isolamento, principalmente quando os sintomas da doença estavam presentes, 17 (51,5%) tinham agitação durante o sono e em 27 (82,0%) das crianças o comportamento de coceira estava associado à ansiedade (GASCON et al., 2012).

O estresse psicológico e a ansiedade têm sido reconhecidos clinicamente pelos dermatologistas como um dos principais fatores relacionados à piora das lesões de pele (FORTUNE et al., 1997). Amorim-Gaudêncio, Roustan e Sirgo (2004) avaliaram dois grupos, um com e outro sem DA, e foram encontrados maiores níveis de ansiedade e estresse no grupo com DA.

A resposta ao estresse pode produzir sintomas que vão desde a apatia, depressão, desânimo e sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, até raiva, ira, irritabilidade e ansiedade, além de possibilitar desencadeamento de surtos psicóticos e crises emocionais (LIPP, 2000; DAHLIN; JONEBERG; RUNESON, 2005). Sabe-se que, além de desencadear sintomas psicológicos, o estresse pode contribuir para a etiologia de várias doenças, além de afetar a QV individual e de populações específicas (LIPP, 2000; LOUREIRO et al., 2008). A Saúde Mental das crianças e

adolescentes com DA tem sido estudada em vários países e tem-se observado que fatores estressantes podem contribuir para o aparecimento de TM nessa população.

2.7 RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM IRMÃOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Irmãos de crianças cronicamente doentes também são afetados em sua Saúde Mental. Há uma demanda parental sobre os irmãos saudáveis de um amadurecimento precoce, uma vez que lhes é exigida compreensão dos acontecimentos familiares, como entender e suportar as necessidades especiais da criança doente, assim como retardar e suspender as suas próprias (DÓREA, 2010).

O tratamento diferenciado oferecido à criança doente pelos pais é observado pelos irmãos saudáveis, que percebem a doença como protagonista de ganhos secundários. Este fato pode provocar queixas somáticas nas crianças saudáveis. Na pesquisa de Pedrosa e Valle (2000), com pacientes oncológicos pediátricos, pais relataram que seus filhos apresentavam sintomas semelhantes ao do irmão doente, sem qualquer causa patológica relacionada.

A criança saudável considera-se menos importante que seu irmão doente, sentindo que suas necessidades têm valor menor do que as de seu irmão, pelo fato de que elas são minimamente priorizadas e atendidas pelos seus pais. Essas crianças também demonstram ansiedade frente à própria saúde e a convivência com o irmão doente estimula o medo da criança de adoecer também. As crianças passam a notar qualquer diferença em seus corpos e relacioná-la aos sintomas da doença do irmão. Há evidências que mostram que irmãos de crianças com doenças crônicas têm duas a três vezes mais risco do que a população geral de apresentarem problemas comportamentais e psicológicos (TAYLOR; FUGGLE, 2001; WILLIAMS et al., 2003).

Na Austrália, irmãos de crianças com câncer apresentaram maiores níveis de sofrimento do que irmãos de crianças com outras doenças crônicas e 40,0% das crianças, níveis aumentados de sofrimento emocional comparadas com a população sem doenças crônicas na família (SIDHU; PASSMORE; BAKER, 2006). Na Tailândia, foi realizado um estudo descritivo sobre mudanças no comportamento dos irmãos saudáveis após o diagnóstico de câncer no irmão. Os impactos mais frequentes foram: diminuição do apetite, expressão de raiva quando os pais pedem ajuda no trabalho de

casa ou no cuidado do irmão doente, instabilidade emocional, disputa com o irmão doente, problemas de relacionamento com os pais devido à falta de atenção e aumento da ansiedade (PHUPHAIBUL; MUENSA, 1999).

Em um estudo longitudinal na Alemanha, Besier et al. (2010) avaliaram a QV e o impacto de um programa de reabilitação em 259 irmãos saudáveis (4-16 anos) de crianças com diagnóstico de doenças crônicas, entre eles, fibrose cística, câncer e doença cardíaca congênita. Neste programa foram realizadas intervenções multiprofissionais, incluindo grupos psicoeducativos, psicoterapia individual e familiar, fisioterapia e arte-terapia para todos os membros da família. Para a avaliação, os pais responderam ao instrumento *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) e as crianças responderam ao *Self-report QOL Questionnaire* (LQ-KID) no momento da admissão e na alta na clínica, durante um período de seis meses. Os resultados foram comparados a um grupo controle da população geral alemã, correspondente à idade, gênero e classe socioeconômica (n = 777). Problemas emocionais e comportamentais significativos foram encontrados em 30,5% dos irmãos saudáveis (Quadro 9).

QUADRO 9 - RISCO RELATIVO DE PROBLEMAS EMOCIONAIS NO GRUPO DE IRMÃOS SAUDÁVEIS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA EM COMPARAÇÃO COM O GRUPO CONTROLE

GIS (n = 259)			GC (n = 777)		
SDQ	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	Clínico	Risco Relativo *
Problemas Emocionais	12,0%	29,0%	6,9%	8,0%	2,8
Problemas de Conduta	16,6%	23,6%	17,9%	15,7%	1,2
Hiperatividade	9,3%	17,8%	6,2%	8,1%	1,9
Problemas Sociais	10,8%	17,8%	8,6%	11,5%	1,4
Comportamento Pró-Social	10,0%	3,9%	7,2%	4,0%	1,2
Total de Problemas	8,5%	22,0%	6,9%	7,2%	2,2

FONTE: BESIER et al. (2010)

NOTA: GIS = Grupo de Irmãos Saudáveis de Crianças com Doença Crônica; GC = Grupo Controle; SDQ = *Strengths and Difficulties Questionnaire* *% Limítrofe + % Clínico no GIS / % Limítrofe + % Clínico no GC

Os autores reavaliaram 90,0% dos irmãos saudáveis ao final do programa e encontraram redução significativa de Problemas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade/Desatenção e no Total de Problemas ($p < 0,001$) (Quadro 10).

Houve diminuição significativa de Problemas de Saúde Mental, provavelmente indicando a eficácia do programa de reabilitação orientado para a família, onde os irmãos saudáveis receberam intervenções específicas que foram além da transferência de conhecimento sobre a doença (BESIER et al., 2010).

QUADRO 10 – ESCORES DO *STRENGTHS DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE* NO GRUPO DE IRMÃOS SAUDÁVEIS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA NA ADMISSÃO E ALTA E GRUPO CONTROLE

STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE	GIS - 1 (n=259)	GIS - 2 (n=235)	GC	GIS-1 E GC	GIS-1 E GIS-2	GIS-2 E GC
Problemas Emocionais	3,2 (2,6)	2,0 (2,1)	1,7 (1,8)	p<0,001	p<0,001	p=0,044
Problemas de Conduta	2,3 (1,8)	1,7 (1,5)	2,0 (1,6)	p=0,015	p<0,001	p=0,021
Hiperatividade/Desatenção	3,9 (2,7)	3,1 (2,5)	3,1 (2,3)	p<0,001	p<0,001	p=0,679
Problemas Sociais	1,7 (2,0)	1,5 (2,0)	1,3 (1,6)	p=0,006	p=0,058	p=0,275
Total de Problemas	11,1 (6,6)	8,4 (6,1)	8,1 (5,4)	p<0,001	p<0,001	p=0,597

FONTE: BESIER et al. (2010)

NOTA: GIS-1 = Grupo de Irmãos Saudáveis de Crianças com Doença Crônica na admissão; GIS-2 = Grupo de Irmãos Saudáveis de Crianças com Doença Crônica na alta; GC = Grupo Controle

Crianças e adolescentes, saudáveis ou com doenças crônicas, têm as mesmas necessidades em seu desenvolvimento. No entanto, cumprir com as necessidades que são próprias de cada etapa do desenvolvimento infantil e ao mesmo tempo lidar com os estressores provocados por uma doença crônica é mais difícil para a criança enferma. Os sintomas e o convívio com a doença podem alterar, e até mesmo agravar, o desenvolvimento físico e mental da criança e do adolescente, bem como interferir em sua interação com o ambiente. Dependendo de sua capacidade de enfrentamento, bem como do estágio de desenvolvimento cognitivo e emocional em que a criança se encontra, em cada etapa ela terá um conceito sobre sua doença e este pode afetar sua percepção dos sintomas, sua reação emocional frente à doença, sua experiência de dor e desconforto, sua aceitação de cuidados médicos e sua resposta ao tratamento (CASTRO; PICCININI, 2002).

Portanto, a rápida identificação de crianças e adolescentes em risco para desenvolvimento de TM pode permitir a criação de estratégias para os desafios enfrentados por esta população. A saúde significa mais que apenas ausência de sintomas desagradáveis.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de frequência de risco para TM em crianças e adolescentes com DA e seus respectivos irmãos saudáveis, com coleta de dados prospectiva.

3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO

Buscou-se estimar a frequência de risco para TM em crianças e adolescentes com DA e compará-la com a frequência de risco para TM em seus irmãos saudáveis.

H1: Crianças e adolescentes com DA apresentam maior frequência de risco para TM quando comparados aos seus irmãos saudáveis.

3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), no período de julho de 2016 a junho de 2018. A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2016 e setembro de 2017. O cronograma do estudo está apresentado no Apêndice 1.

3.4 POPULAÇÃO FONTE

Constituiu-se de todas as crianças e adolescentes que preencheram os critérios clínicos de DA conforme a classificação de Hanifin e Radjka (1980), atendidos nas segundas e sextas-feiras à tarde no Serviço de Dermatologia Pediátrica do CHC-UFPR e seus respectivos irmãos saudáveis. De acordo com informações e dados eletrônicos do Serviço de Dermatologia Pediátrica do CHC-UFPR, houve uma média de 250 novos

casos de crianças e adolescentes com DA atendidos no período de estudo. Considerando os critérios de inclusão e exclusão, estimou-se que a população alvo fosse de aproximadamente 150 crianças e adolescentes.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

3.5.1 Grupo Dermatite Atópica

Foram incluídos no estudo:

- a) crianças e adolescentes e seus respectivos pais e/ou responsáveis em tratamento no ambulatório de Dermatologia Pediátrica do CHC-UFPR e que compareceram a consulta no período do estudo;
- b) crianças e adolescentes com diagnóstico clínico de DA pelos critérios de Hanifin e Rajka (1980);
- c) com idade entre um ano e meio e quatorze anos;
- d) que responderam as questões do instrumento de avaliação *Child Behavior Checklist* (CBCL) e;
- e) cujos pais e/ou responsáveis concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) e, para os adolescentes, que assinaram o Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

3.5.2 Grupo Irmãos Saudáveis

Foram incluídos no estudo:

- a) irmãos e seus respectivos pais e/ou responsáveis de crianças e adolescentes em tratamento no ambulatório de Dermatologia Pediátrica do CHC-UFPR;
- b) irmãos que não apresentaram o diagnóstico clínico de DA pelos critérios de Hanifin e Rajka (1980);

- c) com idade entre um ano e meio e dezoito anos;
- d) que responderam as questões do instrumento de avaliação *Child Behavior Checklist* (CBCL) e;
- e) cujos pais e/ou responsáveis concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4) e, para os adolescentes, que assinaram o Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido (Apêndice 5).

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

3.6.1 Grupo Dermatite Atópica

Foram considerados como critérios de exclusão:

- a) pais de crianças e/ou adolescentes que não responderam cinco ou mais questões propostas pelo instrumento de avaliação *Child Behavior Checklist* (CBCL);
- b) pacientes com diagnóstico prévio de transtornos mentais;
- c) pacientes em acompanhamento por doenças psiquiátricas; e
- d) pacientes e/ou pais que retiraram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido para participação no estudo.

3.6.2 Grupo Irmãos Saudáveis

Foram considerados como critérios de exclusão:

- a) pais de crianças e adolescentes que não responderam cinco ou mais questões propostas pelos instrumentos de avaliação *Child Behavior Checklist* (CBCL);
- b) irmãos com diagnóstico prévio de transtornos mentais e doenças crônicas graves;

- c) irmãos em acompanhamento por doenças psiquiátricas; e
- d) irmãos e/ou pais que retiraram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido para participação no estudo.

3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO

De acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, constituíram a população de estudo 100 pacientes com diagnóstico clínico de DA – Grupo Dermatite Atópica (GDA) que estavam realizando tratamento no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica no CHC-UFPR e 50 irmãos saudáveis – Grupo Irmãos Saudáveis (GI).

3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

Para seleção dos participantes do estudo foi utilizada uma amostra do tipo não probabilística, de conveniência, sistematizada, de acordo com a disponibilidade das pesquisadoras e dos participantes para responder aos instrumentos da pesquisa.

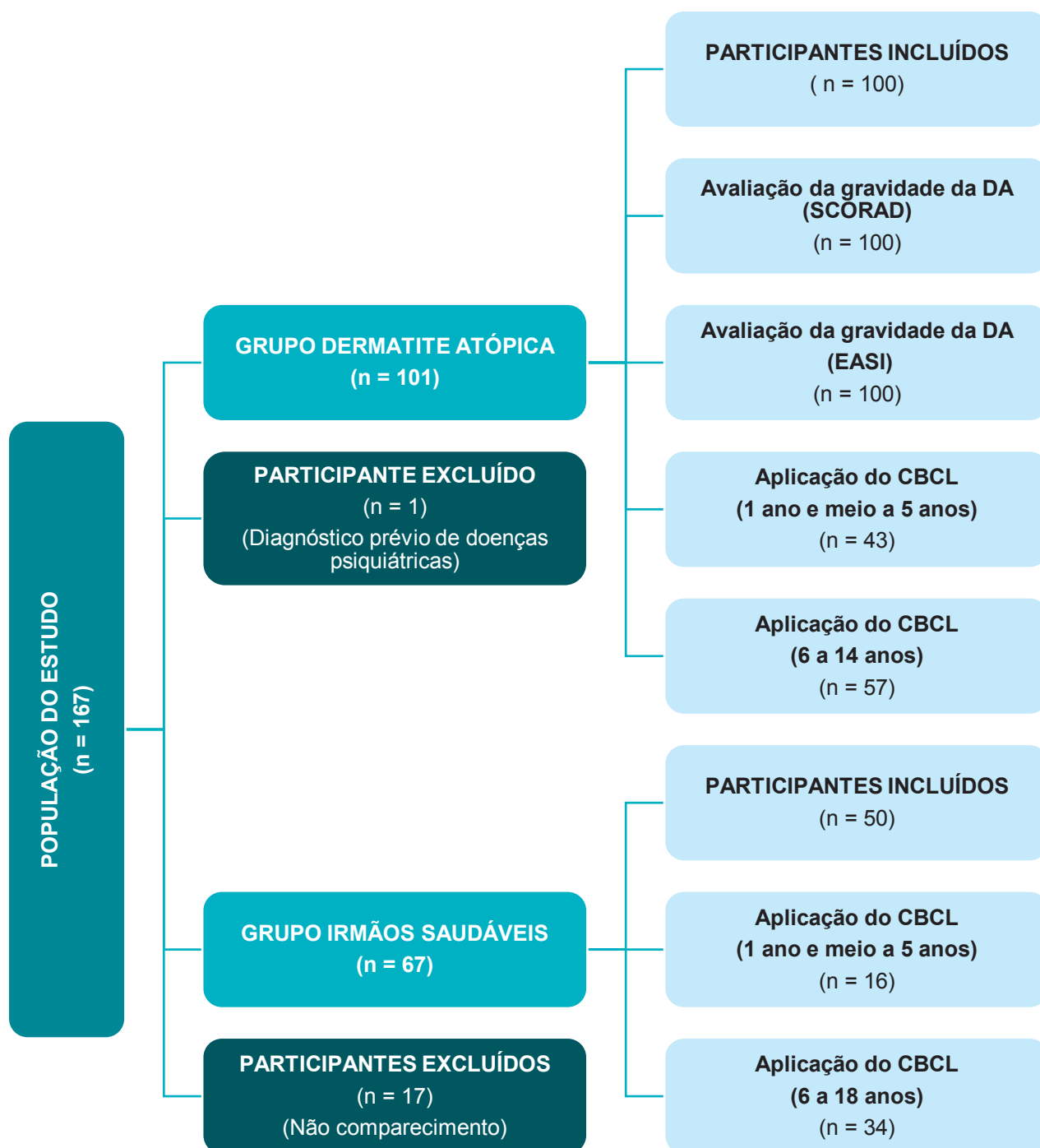
As avaliações dos participantes do GDA foram realizadas nos dias de consulta ambulatorial dos pacientes, nas segundas-feiras e sextas-feiras no período da tarde. Para a inclusão dos participantes do GI, aqueles que compareciam a consulta do irmão, foram avaliados simultaneamente e aqueles que não estavam presentes foram recrutados para avaliação em data posterior. Na presença de mais de um irmão saudável, ambos foram avaliados. Constituíram a amostra do estudo 150 crianças e adolescentes, sendo 100 pacientes com diagnóstico clínico de DA (GDA) e 50 irmãos sem o diagnóstico da doença (GI).

3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis deste estudo incluíram a avaliação da gravidade da DA em participantes com diagnóstico de DA (GDA) por meio dos escores SCORAD e EASI e

avaliação de risco para TM dos participantes do GDA e GI por meio do CBCL. A Figura 3 ilustra o organograma de avaliação das variáveis nos participantes do estudo.

FIGURA 3 - ORGANOGrama DA POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA



FONTE: O autor (2018)

NOTA: SCORAD = *Scoring Atopic Dermatitis*; EASI = *The Eczema Area And Severity Index*; CBCL = *Child Behavior Checklist*.

3.9.1 Avaliação Dermatológica

Todos os participantes do GDA incluídos foram submetidos a exame dermatológico completo, incluindo pele, mucosas e fâneros. O exame foi realizado durante consulta ambulatorial no serviço de Dermatologia Pediátrica do CHC-UFPR, com o participante completamente despido, em ambiente aquecido, com luz apropriada, e na presença obrigatória dos pais ou responsáveis. Esta avaliação foi realizada pela orientadora da pesquisa e professora no serviço de Dermatologia Pediátrica, Dra. Vânia Oliveira de Carvalho.

3.9.2 Avaliação da Gravidade da Dermatite Atópica

Os participantes do GDA foram submetidos à avaliação da gravidade de sua dermatose por meio dos índices SCORAD (Anexo 1) e EASI (Anexo 2).

Na análise do SCORAD, foram avaliadas as lesões do participante e calculada a pontuação de acordo com a extensão das lesões (indicada pela letra A), gravidade e intensidade das lesões (indicado pela letra B) e presença de sintomas subjetivos (representado pela letra C). A extensão do quadro clínico foi avaliada de acordo com a regra dos nove e correspondeu a 20,0% da pontuação. A gravidade e intensidade correspondeu a 60,0% e foi observada conforme a presença de eritema ou edema, pápulas, efeito de coçadura, exsudação ou formação de crostas, liquenificação e xerose. Já os sintomas subjetivos como prurido e insônia somam 20,0% da pontuação e foram avaliados por meio de escala visual numérica de zero (ausência de sintomas) a dez (equivale a intensidade máxima). A distribuição da pontuação foi obtida usando a fórmula $A / 5 + 7B / 2 + C$. A doença foi classificada como leve (pontuação menor 25), moderada (pontuação entre 25-50) ou grave (pontuação maior 50).

Para a avaliação feita pelo EASI, foi selecionada cada região do corpo do participante (cabeça e pescoço; tronco; extremidades superiores e extremidades inferiores) e calculada a extensão da DA. Para esta análise, a pontuação variou entre 0 e 6 de acordo com a porcentagem de lesões por área (Quadro 11).

QUADRO 11 – EXTENSÃO DA DERMATITE ATÓPICA POR REGIÃO CORPORAL - *ECZEMA AREA AND SEVERITY INDEX*

EXTENSÃO DA DERMATITE ATÓPICA	ESCORES						
Lesões por área (%)	0	1-9	10-29	30-49	50-69	70-89	90-100
Escore por área	0	1	2	3	4	5	6

FONTE: HANIFIN et al. (2001)

NOTA: DA = Dermatite Atópica

Como classificação final da gravidade da DA conforme a pontuação do EASI tem-se sem lesões (0,0), muito leve (0,1 – 1,0), leve (1,1 – 7,0), moderada (7,1 – 21,0), grave (21,1-50,1) e muito grave (50,1-72,0).

Para fins estatísticos, os escores de gravidade SCORAD e EASI foram agrupados em duas variáveis: para o SCORAD em “leve” e “moderado/grave” e para o EASI em “sem lesões/muito leve/leve” e “moderada/grave”. As avaliações dos escores do SCORAD e EASI foram realizadas pela orientadora da pesquisa e professora no serviço de Dermatologia Pediátrica, Dra. Vânia Oliveira de Carvalho.

3.9.3 Avaliação de risco para Transtornos Mentais em crianças e adolescentes com Dermatite Atópica e em seus irmãos saudáveis

A avaliação de risco para TM nas crianças e adolescentes do GDA do GI foi realizada por meio da aplicação do instrumento de avaliação *Child Behavior Checklist* (CBCL) - (1 ano e meio a 5 anos de idade) (Anexo 3) e (6 a 18 anos de idade) (Anexo 4).

Os participantes foram selecionados na mesma data da consulta médica de rotina, previamente agendada, no ambulatório de Dermatologia Pediátrica, localizada no Serviço de Ambulatório Médico - 2 (SAM - 2), do CHC-UFPR. Ao final da consulta médica, os pais e as crianças e/ou adolescentes receberam uma breve explicação sobre o presente estudo e foram convidados a participar. Todos que aceitaram, se dirigiram para outro ambiente, localizado também no SAM-2, porém mais reservado, onde a pesquisadora esclareceu detalhadamente sobre o estudo, leu e apresentou o TCLE e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, bem como os procedimentos necessários para o preenchimento do instrumento de avaliação.

Nesta oportunidade, os pais foram orientados a responder ao CBCL baseando-se nas observações do comportamento de seu(sua) filho(a) nos últimos 6 meses. Como forma de garantir e ajudar que os pais pudessem se concentrar no preenchimento do instrumento, a pesquisadora ofereceu materiais lúdicos de pintura e desenho para as crianças que acompanhavam seus pais neste momento. Durante o período necessário para o preenchimento, a pesquisadora esteve presente e esclareceu eventuais dúvidas que surgiram. O tempo médio para o preenchimento do instrumento de avaliação foi de 20 minutos. Ao final, os pais foram informados que receberiam pessoalmente e individualmente os resultados da avaliação em dia e horário previamente agendados por telefone e que nesta oportunidade receberiam as orientações pertinentes as dificuldades de seu (sua) filho (a).

Alguns cuidados foram atendidos na aplicação do CBCL. Entre os principais, destacam-se:

- a) os participantes da pesquisa foram adequadamente informados sobre o objetivo dos instrumentos de avaliação e o destino dos dados;
- b) tratando-se de um questionário de auto-aplicação, os participantes preencheram individualmente e foram informados para se sentirem à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação;
- c) os instrumentos de avaliação foram respondidos em um único encontro;
- d) foi respeitado o direito de não responder aos instrumentos de avaliação e;
- e) as pesquisadoras não influenciaram os participantes na escolha das respostas.

3.10 PROCEDIMENTOS DE ESTUDO

A pesquisa foi apresentada ao Departamento de Pediatria e ao Serviço de Dermatologia Pediátrica para análise e consentimento (Anexo 5). Posteriormente, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR, tendo sido aprovada (Anexo 6).

A partir da aprovação de todas as instâncias institucionais e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR, as pesquisadoras apresentaram o projeto aos participantes voluntários referindo o propósito da pesquisa, juntamente com a apresentação verbal e explicações pertinentes sobre os instrumentos de avaliação e aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 2 e 4) e de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 3 e 5).

A aplicação dos instrumentos foi realizada no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica, localizado no SAM-2, nas datas e horários de atendimentos e as pesquisadoras estiveram presente durante todo o período de aplicação para responder eventuais dúvidas e realizar esclarecimentos.

Os instrumentos preenchidos foram recolhidos e corrigidos através do *software Assessment Data Manager* (ADM®, licença de propriedade da UFPR). Os registros ocorreram em forma de código, substituindo o nome dos participantes no momento da correção, que foi feito somente pelas pesquisadoras e imediatamente destruídos após análise. Os dados foram digitados em planilha eletrônica *Microsoft Excel*®, seguindo a ordem dos avaliados.

O resultado de cada avaliação foi entregue individualmente pelas pesquisadoras aos participantes seguidos de análise em data agendada. Para isto foram necessários 15 minutos para os resultados considerados dentro do índice Normal e 20 a 30 minutos para os Clínico e Limítrofe, aproximadamente. Neste momento os participantes receberam um gráfico com seus resultados detalhados. Os participantes com resultados Limítrofe e Clínico, na confirmação pela Entrevista Clínica de análise individual, receberam orientações e/ou foi sugerido o encaminhamento para atendimento psicológico e/ou psiquiátrico, quando necessário, ao Centro de Neuropediatria do CHC-UFPR (Anexo 7).

Os 32 participantes que não compareceram nas datas agendadas para análise e entrega dos resultados foram convidados três vezes em outras oportunidades a comparecerem em data e horário previamente estabelecidos. Aos 17 participantes que ainda não compareceram, foi telefonado e informado que os resultados estariam disponíveis no prontuário do paciente, lacrados e junto a um laudo, contendo análise dos resultados da avaliação e o número de telefone da pesquisadora para eventuais dúvidas e/ou orientações.

3.11 REGISTRO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Todos os dados foram coletados e registrados exclusivamente pelas pesquisadoras nos instrumentos de avaliação. Posteriormente foram digitados em planilha eletrônica, conferidos e exportados para o *software* de estatística *Statistica* (*Stasoft®*), propriedade do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR.

3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os testes estatísticos foram selecionados de acordo com o tipo de variável (contínua ou categórica). As medidas de distribuição assimétrica estão expressas em medianas, valores mínimo e máximo e seu caráter independente ou dependente, de acordo com as análises realizadas pelo teste de Wilcoxon e Mann-Whitney. A estimativa de diferença entre variáveis categóricas foi realizada pelos testes qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e o Teste Exato de Fisher. O risco relativo de TM foi estimado de acordo com os grupos de estudo, considerado o IC de 95%.

O modelo de Regressão Logística Multivariado *Forward Stepwise* foi aplicado para avaliar associação entre as principais variáveis associadas ao risco para TM. Para todos os testes foi considerado um nível mínimo de significância de 5% e a amostra estudada conferiu poder de teste mínimo de 95%.

3.13 ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/CHC/UFPR) sob o CAAE nº 58853216.0.0000.0096 (Anexo 6). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e os Termos de Assentimento Informado Livre e Esclarecido encontram-se nos Apêndices 2, 3, 4 e 5.

3.14 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada considerando as medidas de proteção, minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade das pesquisadoras e da instituição, de acordo com o compromisso firmado com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR.

3.15 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Esta pesquisa recebeu fomento do CNPQ sob a forma de bolsa concedida à pesquisadora no período de julho de 2016 a junho de 2018. Contou com a colaboração das médicas e professoras do Serviço de Dermatologia Pediátrica do CHC-UFPR, que cederam espaço no ambulatório, mediante agendamento prévio, para a aplicação dos instrumentos e realização das devolutivas das avaliações psicológicas.

4 RESULTADOS

Constituíram a amostra do estudo 150 crianças e adolescentes, sendo 100 pacientes com diagnóstico clínico de DA (GDA) e 50 irmãos saudáveis destes pacientes sem o diagnóstico clínico da doença (GI). A amostra dos pais e/ou responsáveis que responderam aos instrumentos de avaliação foi composta por 83 (83,0%) de mães, 9 (9,0%) de pais e 8 (8,0%) de avós.

4.1 GRUPO DERMATITE ATÓPICA

O GDA foi composto por 100 participantes com o diagnóstico clínico de DA, sendo 45 (45,0%) do sexo masculino e 55 (55,0%) do sexo feminino, com mediana de idade de seis anos e seis meses, variando de um ano e seis meses a quatorze anos.

De acordo com a avaliação do SCORAD, 58,0% dos participantes foram classificados com DA leve e 42,0% com DA moderada/grave. Conforme a avaliação do EASI, 63,0% dos participantes apresentaram DA “sem lesões/muito leve/leve” e 37,0% apresentaram DA “moderada/grave”. Em nenhum caso foi obtido escore EASI muito grave. O perfil de associação entre os escores SCORAD e EASI estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES SCORAD E EASI - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018

SCORAD	n (%)	EASI	n (%)
Leve	58 (58,0%)	Sem lesões/Muito leve/Leve	63 (63,0%)
Moderado/Grave	42 (42,0%)	Moderado/Grave	37 (37,0%)
Total SCORAD	100 (100,0%)	Total EASI	100 (100,0%)

FONTE: O autor (2018)

NOTA: SCORAD = *Scoring Atopic Dermatitis*, EASI = *Eczema Area and Severity Index*

4.1.1 Risco para Transtornos Mentais e Dermatite Atópica

Os escores do instrumento de avaliação de risco para TM (CBCL) são classificados em Normal, Limítrofe e Clínico, indicando ausência ou sugerindo risco menor ou maior de TM, respectivamente.

As áreas de avaliação para crianças em idade pré-escolar (1 ano e meio a 5 anos de idade) incluem os *Problemas Internalizantes* (*Reatividade Emocional; Ansiedade/Depressão; Isolamento e Queixas Somáticas*), *Problemas Externalizantes* (*Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo*) e a Síndrome *Problemas de Sono*. Juntos, eles compõem o *Total de Problemas*.

As áreas de avaliação para crianças e adolescentes em idade escolar (6 a 18 anos de idade) incluem os *Problemas Internalizantes* (*Ansiedade/Depressão; Isolamento e Queixas Somáticas*), *Problemas Externalizantes* (*Comportamento Agressivo e Comportamento de Quebra-Regras*) e as Síndromes *Problemas de Atenção, Problemas Sociais e Problemas de Pensamento*, compondo o *Total de Problemas*.

A presença de risco de pelo menos um TM classificado como Clínico pelo CBCL foi observado em 63,0% dos participantes do GDA. *Problemas Internalizantes* foram observados em nível Clínico em 42,0% dos casos, representado principalmente pela Síndrome *Ansiedade/Depressão* (25,0%). *Problemas Externalizantes* foram observados em 30,0% no GDA. A síndrome *Problemas de Sono* foi a mais observada nesta população, constituindo 60,5% da amostra, em seguida, a síndrome *Problemas de Pensamento* (49,1%) (Tabela 2). Não foi observado diferença em relação ao sexo dos participantes (Tabela 3).

TABELA 2 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018

SÍNDROMES (n)	NORMAL n (%)	LIMÍTROFE n (%)	CLÍNICO n (%)
Reatividade Emocional (43)	23 (53,5%)	14 (32,5%)	6 (14,0%)
Ansiedade/Depressão (100)	55 (55,0%)	20 (20,0%)	25 (25,0%)
Isolamento (100)	74 (74,0%)	10 (10,0%)	16 (16,0%)
Queixas Somáticas (100)	78 (78,0%)	6 (6,0%)	16 (16,0%)
Problemas de Sono (43)	14 (32,5%)	3 (7,0%)	26 (60,5%)
Problemas de Atenção (100)	59 (59,0%)	21 (21,0%)	20 (20,0%)
Comportamento Agressivo (100)	62 (62,0%)	18 (18,0%)	20 (20,0%)
Problemas Sociais (57)	26 (45,6%)	13 (22,8%)	18 (31,6%)
Problemas de Pensamento (57)	18 (31,6%)	11 (19,3%)	28 (49,1%)
Comportamento de Quebra-Regras (57)	37 (64,9%)	9 (15,8%)	11 (19,3%)
Total de Problemas Internalizantes (100)	37 (37,0%)	21 (21,0%)	42 (42,0%)
Total de Problemas Externalizantes (100)	45 (45,0%)	25 (25,0%)	30 (30,0%)
Total de Problemas (100)	21 (21,0%)	16 (16,0%)	63 (63,0%)

FONTE: O autor (2018)

TABELA 3 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LÍMITROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SEXO - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFRP - 2018

MASCULINO					FEMININO			
Síndromes (n)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)	Síndromes (n)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)	p*
R. Emocional (21)	9 (42,8%)	9 (42,8%)	3 (14,4%)	R. Emocional (22)	14 (63,6%)	5 (22,7%)	3 (13,7%)	0,33 ¹
Ans/Depr. (45)	25 (55,6%)	10 (22,2%)	10 (22,2%)	Ans/Depr. (55)	30 (54,5%)	10 (18,2%)	15 (27,3%)	0,79 ¹
Isolamento (45)	31 (68,9%)	5 (11,1%)	9 (20,0%)	Isolamento (55)	43 (78,3%)	5 (9,0%)	7 (12,7%)	0,54 ¹
Q. Somáticas (45)	36 (80,0%)	2 (4,4%)	7 (15,6%)	Q. Somáticas (55)	42 (76,4%)	4 (7,3%)	9 (16,3%)	1,00 ²
P. Sono (21)	7 (33,3%)	2 (9,5%)	12 (57,2%)	P. Sono (22)	7 (31,8%)	1 (4,6%)	14 (63,6%)	0,75 ²
P. Atenção (45)	25 (55,5%)	11 (24,5%)	9 (20,0%)	P. Atenção (55)	34 (61,8%)	10 (18,2%)	11 (20,0%)	0,73 ¹
C. Agressivo (45)	25 (55,0%)	11 (24,5%)	9 (20,0%)	C. Agressivo (55)	37 (67,3%)	7 (12,7%)	11 (20,0%)	0,29 ¹
P. Sociais (24)	14 (58,3%)	3 (12,5%)	7 (29,2%)	P. Sociais (33)	12 (36,4%)	10 (30,3%)	11 (33,3%)	0,17 ¹
P. Pensamento (24)	8 (33,3%)	5 (20,9%)	11 (45,8%)	P. Pensamento (33)	10 (30,3%)	6 (18,2%)	17 (51,5%)	0,91 ¹
C. Q-Regras (24)	21 (87,5%)	1 (4,2%)	2 (8,3%)	C. Q-Regras (33)	16 (48,5%)	8 (24,2%)	9 (27,3%)	0,09 ²
T. P. Inter (45)	14 (31,1%)	11 (24,5%)	20 (44,4%)	T. P. Inter (55)	23 (41,8%)	10 (18,2%)	22 (40,0%)	0,51 ¹
T.P. Exter. (45)	18 (40,0%)	14 (31,1%)	13 (28,9%)	T. P. Exter (55)	27 (49,0%)	11 (20,0%)	17 (31,0%)	0,42 ¹
T.P. (45)	9 (20,0%)	6 (13,3%)	30 (66,7%)	T. P (55)	12 (21,8%)	10 (18,2%)	33 (60,0%)	0,74 ¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: R = Reatividade; Ans = Ansiedade; Depr = Depressão; Q = Queixas; P = Problemas; C = Comportamento; Q = Quebra; T = Total; Inter = Internalizantes; Exter = Externalizantes; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher; * Comparação entre as frequências do escore Clínico

As síndromes comuns as duas versões do CBCL (pré-escolares e escolares) incluem: *Problemas Internalizantes* (*Ansiedade/Depressão*; *Isolamento* e *Queixas Somáticas*), *Problemas Externalizantes* (*Comportamento Agressivo*) e a síndrome *Problemas de Atenção*.

As síndromes *Ansiedade/Depressão*, *Isolamento* e *Comportamento Agressivo* foram significativamente mais frequentes nos escolares em comparação aos pré-escolares (31,6% versus 16,3%; $p = 0,01$); (22,8% versus 7,0%; $p = 0,05$) e (28,1% versus 9,3%; $p < 0,001$) (Tabela 4).

O Risco para as síndromes para *Ansiedade/Depressão* ($RR = 2,07$; IC 95% = 1,22 – 3,52), *Isolamento* ($RR = 4,14$; IC 95% = 1,54 – 11,15) e *Comportamento Agressivo* ($RR = 3,34$; IC 95% = 1,62 – 6,85) foi significativamente maior entre os escolares em comparação aos pré-escolares.

TABELA 4 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMITROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM A IDADE - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFRP - 2018

PRÉ ESCOLARES (1 ANO E MEIO A 5 ANOS DE IDADE)				ESCOLAES (6 A 14 ANOS DE IDADE)				
Síndromes (n)	Normal n (%)	Limitrofe n (%)	Clínico n (%)	Síndromes (n)	Normal n (%)	Limitrofe n (%)	Clínico n (%)	p*
Ans/Depr. (43)	31 (72,1%)	5 (11,6%)	7 (16,3%)	Ans/Depr. (57)	24 (42,1%)	15 (26,3%)	18 (31,6%)	0,01¹
Isolamento (43)	39 (90,7%)	1 (2,3%)	3 (7,0%)	Isolamento (57)	35 (61,4%)	9 (15,8%)	13 (22,8%)	0,05 ²
Q. Somáticas (43)	38 (88,4%)	1 (2,3%)	4 (9,3%)	Q. Somáticas (57)	40 (70,2%)	5 (8,7%)	12 (21,1%)	0,16 ²
P. Atenção (43)	21 (48,8%)	11 (25,6%)	11 (25,6%)	P. Atenção (57)	38 (66,7%)	10 (17,5%)	9 (15,8%)	0,19 ¹
C. Agressivo (43)	36 (83,7%)	3 (7,0%)	4 (9,3%)	C. Agressivo (57)	26 (45,6%)	15 (26,3%)	16 (28,1%)	< 0,001¹
T. P. Inter (43)	19 (44,2%)	11 (25,6%)	13 (30,2%)	T. P. Inter (57)	18 (31,6%)	10 (17,5%)	29 (50,9%)	0,11 ¹
T.P. Exter. (43)	20 (46,5%)	12 (27,9%)	11 (25,6%)	T. P. Exter (57)	25 (43,9%)	13 (22,8%)	19 (33,3%)	0,62 ¹
T.P. (43)	12 (27,9%)	4 (9,3%)	27 (62,8%)	T. P (57)	9 (15,8%)	12 (21,0%)	36 (63,2%)	0,14 ¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: Ans = Ansiedade; Depr = Depressão; Q = Queixas; P = Problemas; C = Comportamento; T = Total; Inter = Internalizantes; Exter = Externalizantes; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher; ; * Comparação entre as frequências do escore Clínico

4.1.2 Risco para Transtornos Mentais e SCORAD

Os escores do CBCL em relação aos escores do SCORAD estão ilustrados na Tabela 5 e nos Gráficos 1, 2, 3 e 4. Foi observado maior frequência de resultado Clínico no CBCL para o GDA SCORAD moderado/grave quando comparados ao GDA SCORAD leve na síndrome *Problemas de Sono* (100,0% versus 37,0%; $p < 0,001$) e menor frequência na síndrome *Comportamento de Quebra-Regras* (7,7% versus 29,0%; $p = 0,05$).

Houve maior frequência, porém, sem diferença estatisticamente significativa de resultado Clínico no CBCL no GDA SCORAD moderado/grave em comparação ao GDA SCORAD leve nas síndromes *Reatividade Emocional*, *Isolamento*, *Queixas Somáticas*, *Problemas de Atenção*, *Problemas de Pensamento*, *Total de Problemas Internalizantes* e *Total de Problemas*.

Foi observada menor frequência de resultado Clínico no CBCL no GDA SCORAD moderado/grave em comparação ao GDA SCORAD leve nas síndromes *Ansiedade/Depressão*, *Comportamento Agressivo*, *Problemas Sociais* e *Total de Problemas Externalizantes*, porém, sem diferença estatisticamente significativa.

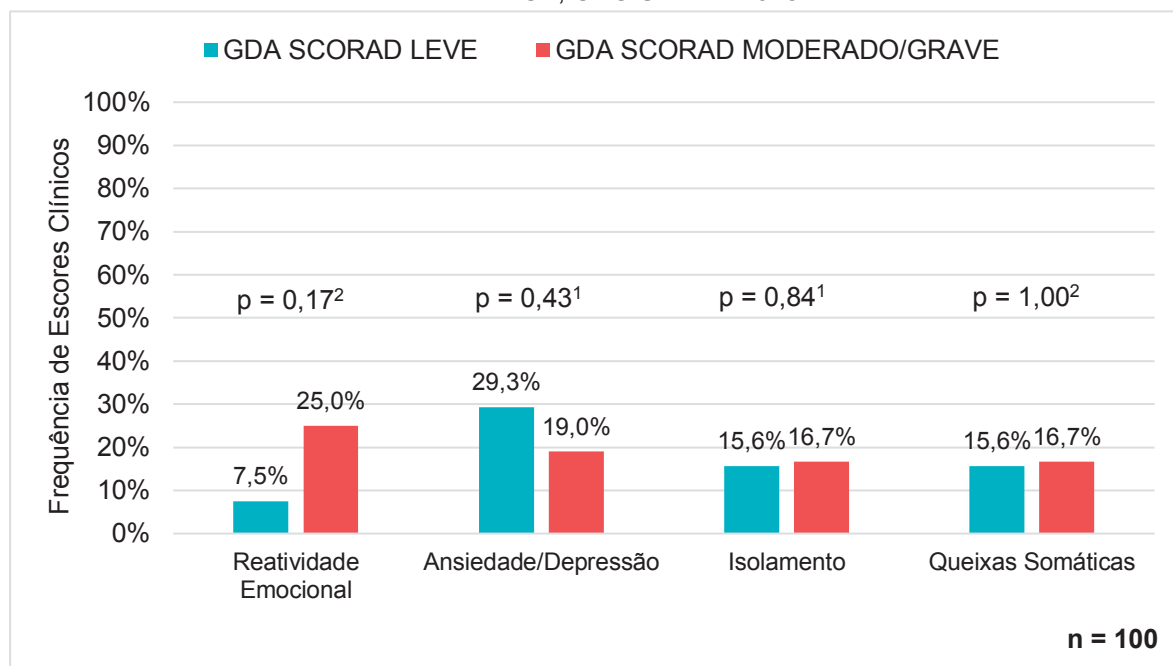
TABELA 5 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFRP - 2018

GDA SCORAD LEVE				GDA SCORAD MODERADO/GRAVE				
Síndromes (n)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)	Síndromes (n)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)	p*
R. Emocional (27)	18 (66,6%)	7 (25,9%)	2 (7,5%)	R. Emocional (16)	5 (31,3%)	7 (43,7%)	4 (25,0%)	0,17 ²
Ans/Depr. (58)	29 (50,0%)	12 (20,7%)	17 (29,3%)	Ans/Depr. (42)	26 (62,0%)	8 (19,0%)	8 (19,0%)	0,43 ¹
Isolamento (58)	44 (75,8%)	5 (8,6%)	9 (15,6%)	Isolamento (42)	30 (71,4%)	5 (11,9%)	7 (16,7%)	0,84 ¹
Q. Somáticas (58)	45 (77,5%)	4 (6,9%)	9 (15,6%)	Q. Somáticas (42)	33 (78,6%)	2 (4,7%)	7 (16,7%)	1,00 ²
P. Sono (27)	14 (51,8%)	3 (11,2%)	10 (37,0%)	P. Sono (16)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	16 (100,0%)	<0,001²
P. Atenção (58)	36 (62,0%)	11 (19,0%)	11 (19,0%)	P. Atenção (42)	23 (54,8%)	10 (23,8%)	9 (21,4%)	0,75 ¹
C. Agressivo (58)	36 (62,0%)	9 (15,6%)	13 (22,4%)	C. Agressivo (42)	26 (61,9%)	9 (21,4%)	7 (16,7%)	0,64 ¹
P. Sociais (31)	9 (29,0%)	12 (38,7%)	10 (32,3%)	P. Sociais (26)	17 (65,4%)	1 (3,8%)	8 (30,8%)	1,00 ²
P. Pensamento (31)	10 (32,25)	6 (19,3%)	15 (48,5%)	P. Pensamento (26)	8 (30,8%)	5 (19,2%)	13 (50,0%)	0,99 ¹
C. Q-Regras (31)	18 (58,1%)	4 (12,9%)	9 (29,0%)	C. Q-Regras (26)	19 (73,1%)	5 (19,2%)	2 (7,7%)	0,05 ²
T. P. Inter (58)	22 (37,9%)	13 (22,4%)	23 (39,7%)	T. P. Inter (42)	15 (36,0%)	8 (19,0%)	19 (45,0%)	0,84 ¹
T.P. Exter. (58)	27 (46,5%)	12 (20,6%)	19 (32,9%)	T. P. Exter (42)	18 (43,0%)	13 (31,0%)	11 (26,0%)	0,48 ¹
T.P. (58)	14 (24,0%)	9 (15,5%)	35 (60,5%)	T. P (42)	7 (16,6%)	7 (16,6%)	28 (66,8%)	0,66 ¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; SCORAD = Scoring Atopic Dermatitis; R = Reatividade; Ans = Ansiedade; Depr = Depressão; Q = Queixas; P = Problemas; C = Comportamento; Q = Quebra; T = Total; Inter = Internalizantes; Exter = Externalizantes; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fischer de Fisher; * Comparação entre as frequências do escore Clínico

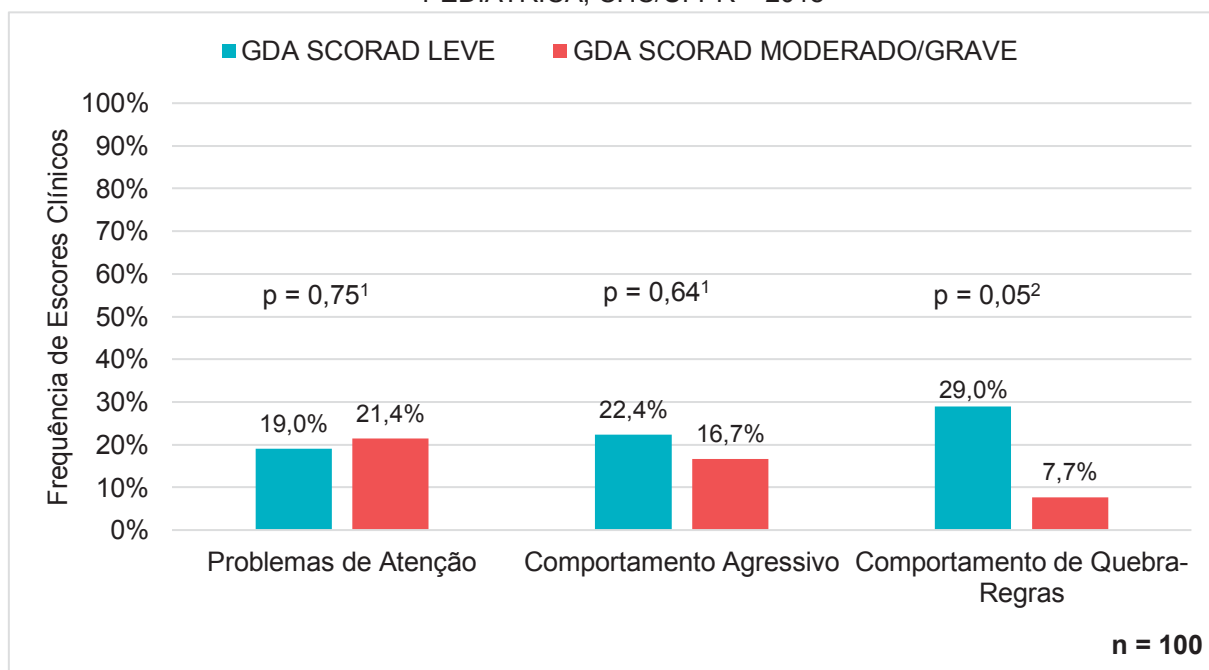
GRÁFICO 1 – PROBLEMAS INTERNALIZANTES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; SCORAD = *Scoring Atopic Dermatitis* ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

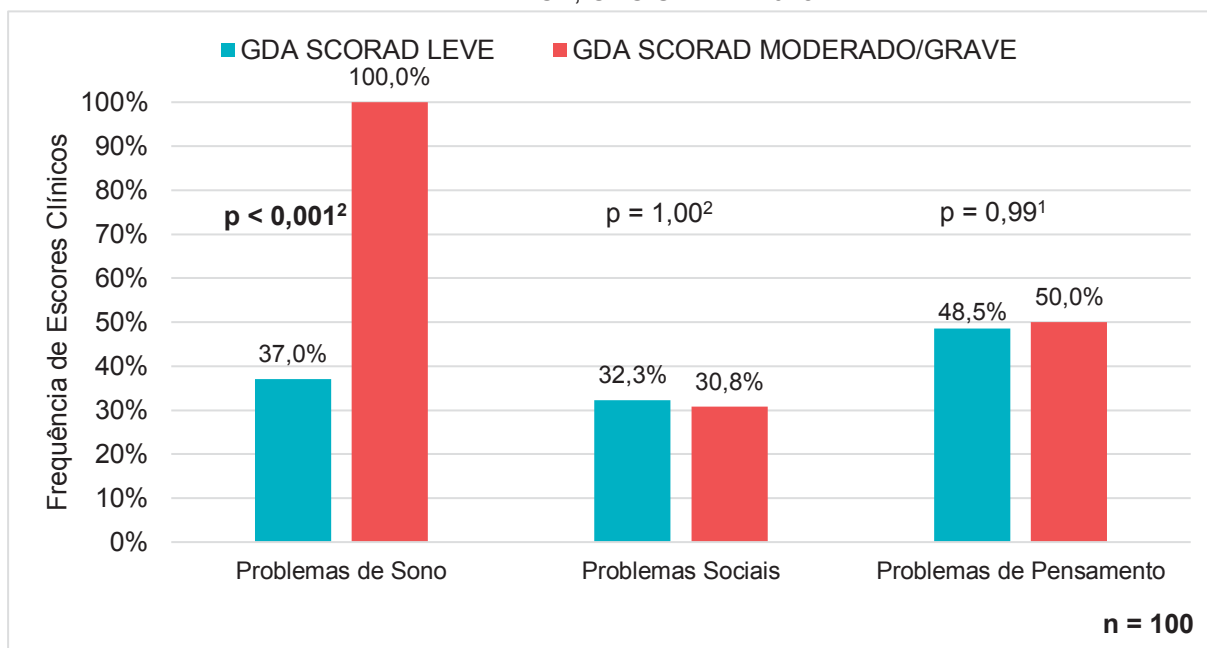
GRÁFICO 2 – PROBLEMAS EXTERNALIZANTES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; SCORAD = *Scoring Atopic Dermatitis* ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

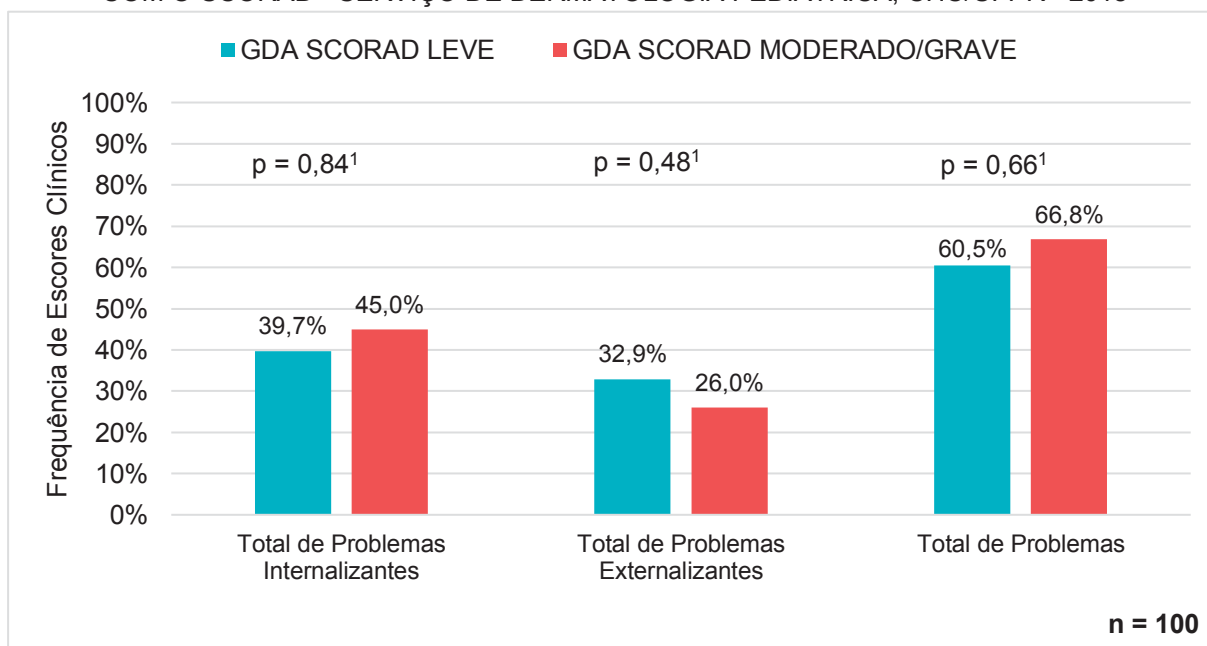
GRÁFICO 3 – SÍNDROMES AVALIADAS ISOLADAMENTE DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; SCORAD = *Scoring Atopic Dermatitis* ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

GRÁFICO 4 - TOTAL DE PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O SCORAD - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; SCORAD = *Scoring Atopic Dermatitis* ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

4.1.3 Risco para Transtornos Mentais e EASI

A associação entre os escores do CBCL e os escores do EASI estão ilustrados na Tabela 6 e nos Gráficos 5, 6, 7 e 8. Houve maior frequência de resultado Clínico no GDA EASI moderado/grave na síndrome *Reatividade Emocional* em comparação ao GDA EASI sem lesões/muito leve/leve (31,3% versus 3,8%; $p = 0,02$).

As síndromes *Isolamento*, *Queixas Somáticas*, *Problemas de Sono*, *Problemas de Pensamento*, *Total de Problemas Internalizantes* e *Total de Problemas* também foram mais frequentes no GDA EASI moderado/grave em comparação ao GDA EASI sem lesões/muito leve/leve, porém, sem diferença estatisticamente significativa. Já as síndromes *Ansiedade/Depressão*, *Problemas de Atenção*, *Comportamento Agressivo*, *Problemas Sociais*, *Comportamento de Quebra-Regras* e *Total de Problemas Externalizantes*, foram mais frequentes no GDA EASI sem lesões/muito leve/leve em comparação ao GDA EASI moderado/grave, porém sem diferença significativa entre os grupos.

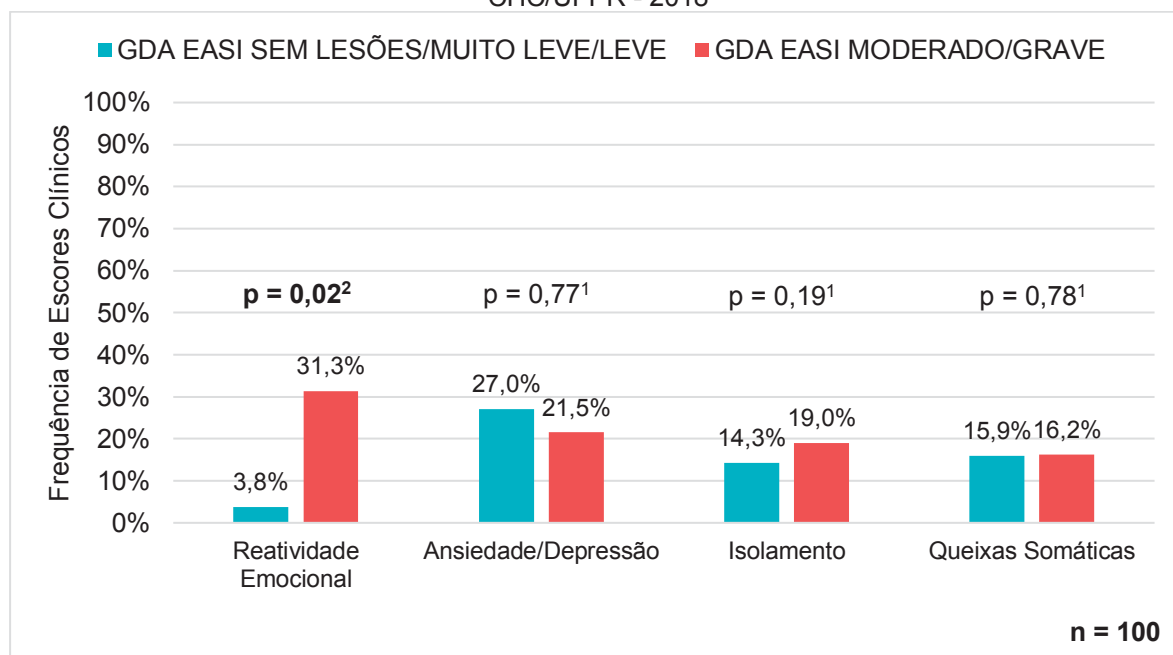
TABELA 6 -FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LÍMITROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA EASI SEM LESÕES/MUITO LEVE/LEVE E EASI MODERADO/GRAVE - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFR - 2018

GDA EASI SEM LESÕES/MUITO LEVE/LEVE				GDA EASI MODERADO/GRAVE				
Síndromes (n)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)	Síndromes (n)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)	p*
R. Emocional (27)	16 (59,2%)	10 (37,0%)	1 (3,8%)	R. Emocional (16)	7 (43,7%)	4 (25,0%)	5 (31,3%)	0,02²
Ans/Depr. (63)	33 (52,4%)	13 (20,6%)	17 (27,0%)	Ans/Depr. (37)	22 (59,5%)	7 (19,0%)	8 (21,5%)	0,77 ¹
Isolamento (63)	50 (79,4%)	4 (6,3%)	9 (14,3%)	Isolamento (37)	24 (64,8%)	6 (16,2%)	7 (19,0%)	0,19 ¹
Q. Somáticas (63)	50 (79,4%)	3 (4,7%)	10 (15,9%)	Q. Somáticas (37)	28 (75,7%)	3 (8,1%)	6 (16,2%)	0,78 ¹
P. Sono (27)	9 (60,3%)	2 (19,0%)	16 (20,7%)	P. Sono (16)	5 (31,3%)	1 (6,1%)	10 (62,6%)	1,00 ²
P. Atenção (63)	38 (60,3%)	12 (19,0%)	13 (20,7%)	P. Atenção (37)	21 (58,8%)	9 (24,3%)	7 (18,9%)	0,82 ¹
C. Agressivo (63)	39 (61,9%)	10 (15,8%)	14 (22,3%)	C. Agressivo (37)	23 (62,1%)	8 (21,7%)	6 (16,2%)	0,65 ¹
P. Sociais (36)	14 (38,9%)	10 (27,8%)	12 (33,3%)	P. Sociais (21)	12 (57,1%)	3 (14,3%)	6 (28,6%)	0,34 ¹
P. Pensamento (36)	12 (33,3%)	7 (19,4%)	17 (47,3%)	P. Pensamento (21)	6 (28,6%)	4 (19,0%)	11 (52,4%)	0,91 ¹
C. Q-Regras (36)	21 (58,3%)	6 (16,7%)	9 (25,0%)	C. Q-Regras (21)	16 (76,2%)	3 (14,3%)	2 (9,5%)	0,18 ²
T. P. Inter (63)	25 (39,7%)	14 (22,2%)	24 (38,1%)	T. P. Inter (37)	12 (32,5%)	7 (18,9%)	18 (48,6%)	0,58 ¹
T.P. Exter. (63)	28 (44,4%)	15 (23,8%)	20 (31,8%)	T. P. Exter (37)	17 (46,0%)	10 (27,0%)	10 (27,0%)	0,86 ¹
T.P. (63)	16 (25,4%)	11 (17,5%)	36 (57,1%)	T. P. (37)	5 (13,5%)	5 (13,5%)	27 (72,9%)	0,25 ¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; EASI = *Eczema Area and Severity Index*; R = Reatividade; Ans = Ansiedade; Depr = Depressão; Q = Queixas; P = Problemas; C = Comportamento; Q = Quebra; T = Total; Inter = Internalizantes; Exter = Externalizantes; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher; ; * Comparação entre as frequências do escore Clínico

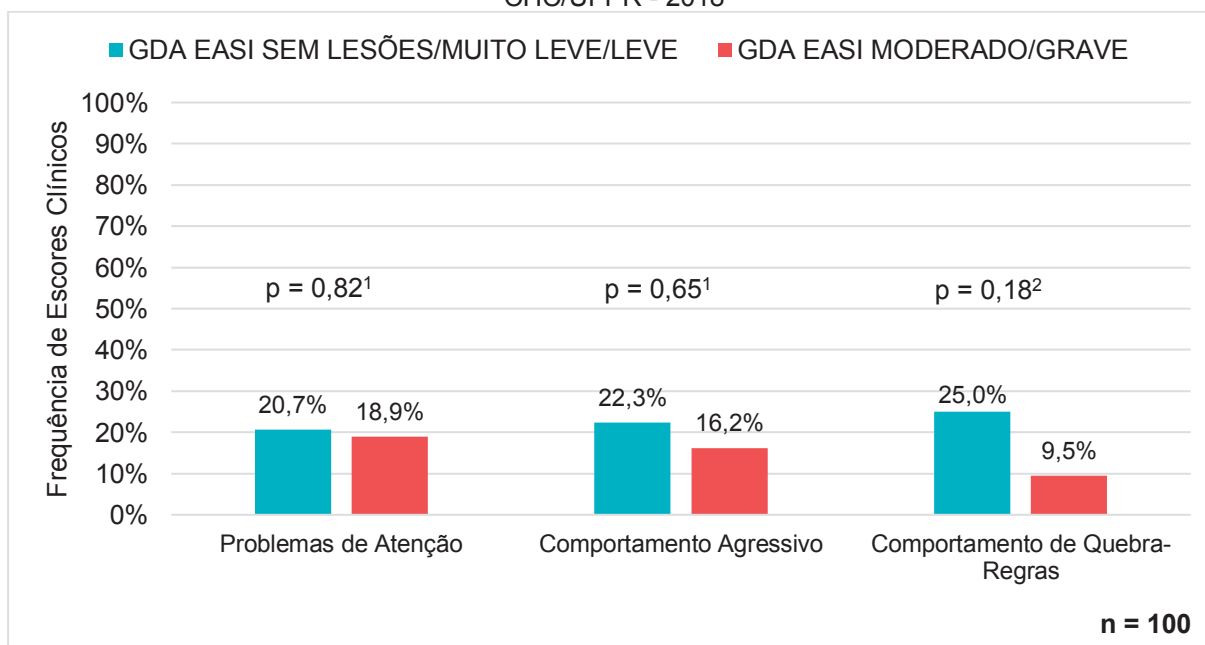
GRÁFICO 5 – PROBLEMAS INTERNALIZANTES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O EASI - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; EASI = Eczema Area and Severity Index; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

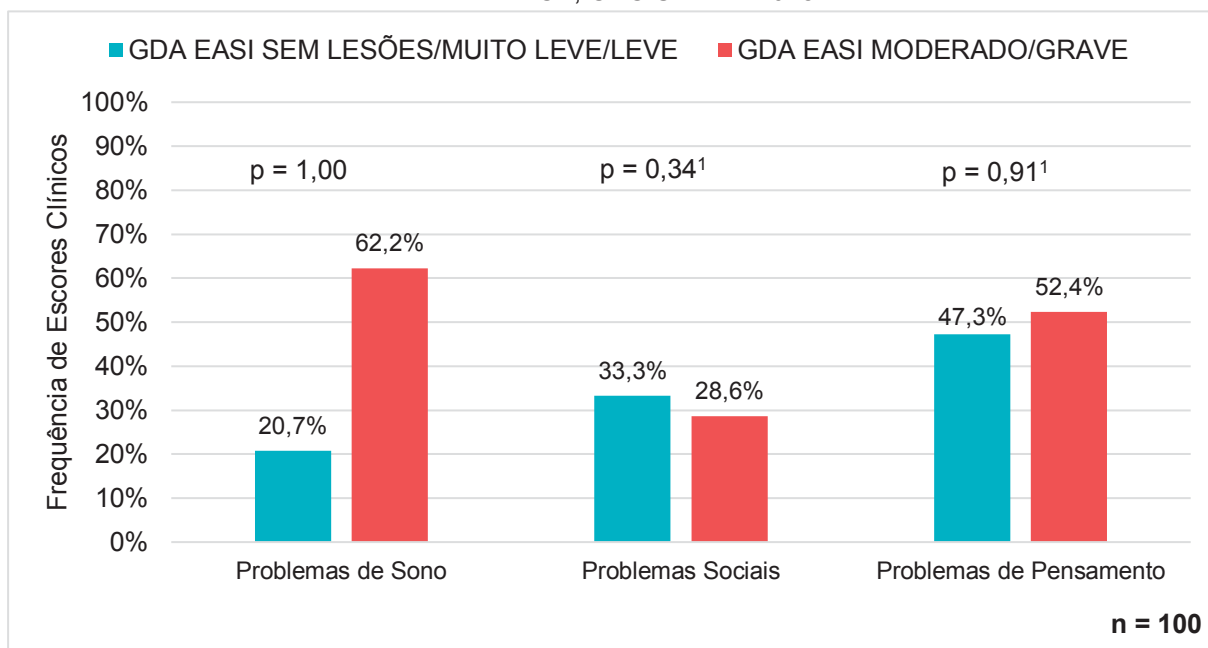
GRÁFICO 6 - PROBLEMAS EXTERNALIZANTES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O EASI - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; EASI = Eczema Area and Severity Index; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

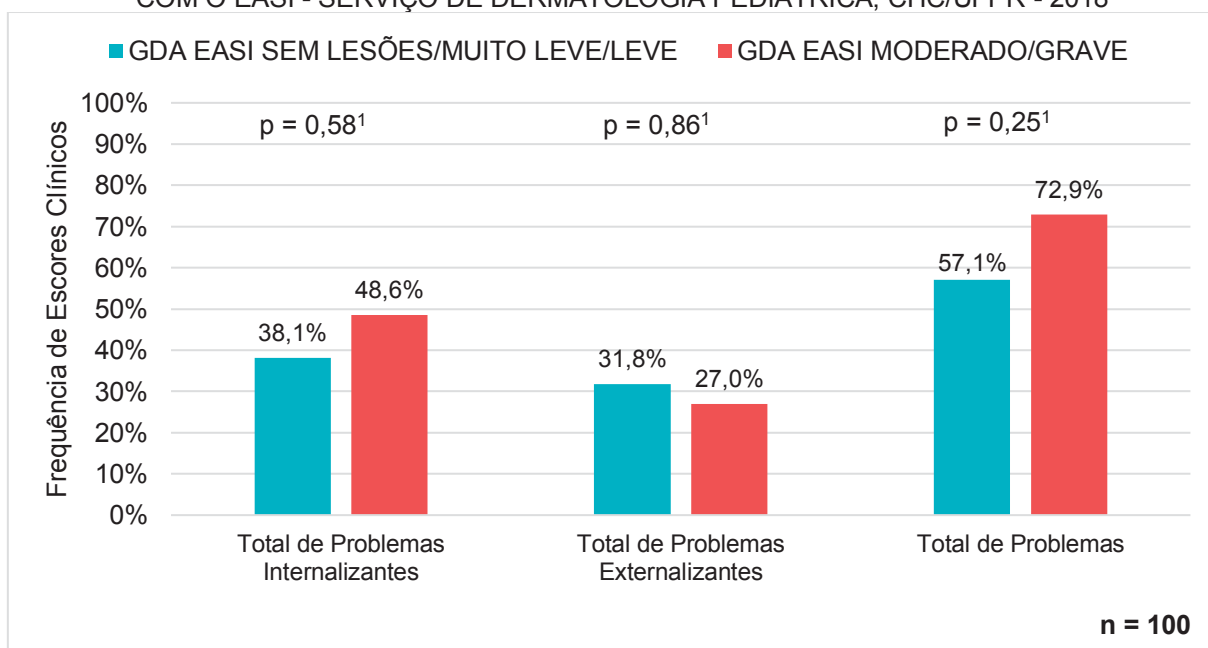
GRÁFICO 7 – SÍNDROMES AVALIADAS ISOLADAMENTE DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O EASI – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; EASI = Eczema Area and Severity Index; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

GRÁFICO 8 - TOTAL DE PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA DE ACORDO COM O EASI - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; EASI = Eczema Area and Severity Index; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

4.2 GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS

Constituíram o GI 50 irmãos saudáveis de crianças e adolescentes com o diagnóstico clínico de DA, sendo 30 (60,0%) do sexo masculino e 20 (40,0%) do sexo feminino e com mediana de idade de oito anos e cinco meses (variando entre um ano e sete meses a dezessete anos e cinco meses). A presença de risco de pelo menos um TM classificado como Clínico pelo CBCL foi observado em 36,0% deste grupo (Tabela 7).

Não foi observado diferença nos escores do CBCL em relação ao sexo dos participantes do GI (Tabela 8). As síndromes *Comportamento Agressivo* e *Total de Problemas Externalizantes* foram mais frequentes nos participantes em idade escolar em comparação aos pré-escolares (29,5% *versus* 0,0%; $p = 0,02$) e (32,3% *versus* 0,0%; $p = 0,01$), (Tabela 9).

TABELA 7 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018

SÍNDROME (n)	NORMAL n (%)	LIMÍTROFE n (%)	CLÍNICO n (%)
Reatividade Emocional (16)	12 (75,0%)	3 (18,7%)	1 (6,3%)
Ansiedade/Depressão (50)	31 (62,0%)	10 (20,0%)	9 (18,0%)
Isolamento (50)	40 (80,0%)	5 (10,0%)	5 (10,0%)
Queixas Somáticas (50)	41 (82,0%)	7 (14,0%)	2 (4,0%)
Problemas de Sono (16)	12 (75,0%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)
Problemas de Atenção (50)	34 (68,0%)	11 (22,0%)	5 (10,0%)
Comportamento Agressivo (50)	34 (68,0%)	6 (12,0%)	10 (20,0%)
Problemas Sociais (34)	22 (64,8%)	6 (17,6%)	6 (17,6%)
Problemas de Pensamento (34)	21 (61,8%)	6 (17,6%)	7 (20,6%)
Comportamento de Quebra-Regras (34)	23 (67,5%)	2 (6,0%)	9 (26,5%)
Total de Problemas Internalizantes (50)	24 (48,0%)	14 (28,0%)	12 (24,0%)
Total de Problemas Externalizantes (50)	29 (58,0%)	10 (20,0%)	11 (22,0%)
Total de Problemas (50)	19 (38,0%)	13 (26,0%)	18 (36,0%)

FONTE: O autor (2018)

TABELA 8 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LÍMITROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS DE ACORDO COM O SEXO - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFRP - 2018

MASCULINO					FEMININO				p*
Síndromes (n)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)	Síndromes (n)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)		
R. Emocional (12)	8 (66,7%)	3 (25,0%)	1 (8,3%)	R. Emocional (4)	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,00 ²	
Ans/Depr. (30)	17 (56,6%)	8 (26,7%)	5 (16,7%)	Ans/Depr. (20)	14 (70,0%)	2 (10,0%)	4 (20,0%)	1,00 ²	
Isolamento (30)	25 (83,3%)	2 (6,7%)	3 (10,0%)	Isolamento (20)	15 (75,0%)	3 (15,0%)	2 (10,0%)	1,00 ²	
Q. Somáticas (30)	25 (83,3%)	5 (16,7%)	0 (0,0%)	Q. Somáticas (20)	16 (80,0%)	2 (10,0%)	2 (10,0%)	0,15 ²	
P. Sono (12)	8 (66,6%)	2 (16,7%)	2 (16,7%)	P. Sono (4)	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,00 ²	
P. Atenção (30)	20 (66,6%)	8 (26,7%)	2 (6,7%)	P. Atenção (20)	14 (70,0%)	3 (15,0%)	3 (15,0%)	0,37 ²	
C. Agressivo (30)	22 (73,3%)	3 (10,0%)	6 (16,7%)	C. Agressivo (20)	12 (60,0%)	3 (15,0%)	5 (25,0%)	0,61 ¹	
P. Sociais (18)	12 (66,8%)	4 (22,1%)	2 (11,1%)	P. Sociais (16)	10 (62,5%)	2 (12,5%)	4 (25,0%)	0,38 ²	
P. Pensamento (18)	12 (66,8%)	3 (16,6%)	3 (16,6%)	P. Pensamento (16)	9 (56,3%)	3 (18,7%)	4 (25,0%)	0,79 ¹	
C. Q-Regras (18)	12 (66,8%)	0 (0,0%)	6 (33,3%)	C. Q-Regras (16)	11 (68,8%)	2 (12,5%)	3 (18,7%)	0,44 ²	
T. P. Inter (30)	12 (40,0%)	11 (36,7%)	7 (23,3%)	T. P. Inter (20)	12 (60,0%)	3 (15,0%)	5 (25,0%)	0,22 ¹	
T.P. Exter. (30)	17 (56,7%)	7 (23,3%)	6 (20,0%)	T. P. Exter (20)	12 (60,0%)	3 (15,0%)	5 (25,0%)	0,74 ¹	
T.P. (30)	10 (33,3%)	9 (30,0%)	11 (36,7%)	T. P. (20)	9 (45,0%)	4 (20,0%)	7 (35,0%)	0,63 ¹	

FONTE: O autor (2018)

NOTA: R = Reatividade; Ans = Ansiedade; Depr = Depressão; Q = Queixas; P = Problemas; C = Comportamento; Q = Quebra; T = Total; Inter = Internalizantes; Exter = Externalizantes; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher; ; * Comparação entre as frequências do escore Clínico

TABELA 9 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMITROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS DE ACORDO COM A IDADE - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFRP - 2018

PRÉ ESCOLARES (1 ANO E 6 MESES A 5 ANOS DE IDADE)				ESCOLARES (6 A 17 ANOS E 5 MESES DE IDADE)				
Síndromes (n)	Normal n (%)	Limitrofe n (%)	Clínico n (%)	Síndromes (n)	Normal n (%)	Limitrofe n (%)	Clínico n (%)	p*
Ans/Depr. (16)	10 (62,5%)	5 (31,2%)	1 (6,3%)	Ans/Depr. (34)	21 (61,8%)	5 (14,7%)	8 (23,5%)	0,23 ²
Isolamento (16)	14 (87,5%)	0 (0,0%)	2 (12,5%)	Isolamento (34)	26 (76,5%)	5 (14,7%)	3 (8,8%)	0,64 ²
Q. Somáticas (16)	14 (87,5%)	1 (6,2%)	1 (6,2%)	Q. Somáticas (34)	27 (79,4%)	6 (17,6%)	1 (3,0%)	0,54 ²
P. Atenção (16)	12 (75,0%)	4 (25,0%)	0 (0,0%)	P. Atenção (34)	22 (64,7%)	7 (20,6%)	5 (14,7%)	0,15 ²
C. Agressivo (16)	12 (75,0%)	4 (25,0%)	0 (0,0%)	C. Agressivo (34)	22 (64,7%)	2 (5,8%)	10 (29,5%)	0,02²
T. P. Inter (16)	8 (50,0%)	4 (25,0%)	4 (25,0%)	T. P. Inter (34)	16 (47,1%)	10 (29,4%)	8 (23,5%)	0,10 ¹
T.P. Exter. (16)	11 (68,8%)	5 (31,2%)	0 (0,0%)	T. P. Exter (34)	18 (53,0%)	5 (14,7%)	11 (32,3%)	0,01²
T.P. (16)	6 (37,6%)	5 (31,2%)	5 (31,2%)	T. P. (34)	13 (38,2%)	8 (23,6%)	13 (38,25)	0,81 ¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: R = Reatividade; Ans = Ansiedade; Depr = Depressão; Q = Queixas; P = Problemas; C = Comportamento; Q = Quebra; T = Total; Inter = Internalizantes; Exter = Externalizantes; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher; * Comparação entre as frequências do escore Clínico

4.3 COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DERMATITE ATÓPICA E GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS

Observou-se maior frequência em todas as síndromes do CBCL, com exceção do *Comportamento de Quebra-Regras* no GDA em comparação ao GI, especialmente para *Queixas Somáticas* (16,0% versus 4,0%; $p = 0,03$), *Problemas de Sono* (60,5% versus 12,5%; $p < 0,01$), *Problemas de Pensamento* (49,1% versus 20,6%; $p = 0,01$) e *Total de Problemas* (63,0% versus 36,0%; $p < 0,01$) (Tabela 10); (Gráficos 9, 10, 11 e 12). O risco para *Problemas de Sono* mais do que dobrou nos participantes do GDA em comparação aos do GI (RR = 2,86; IC 95% = 1,18 - 6,92).

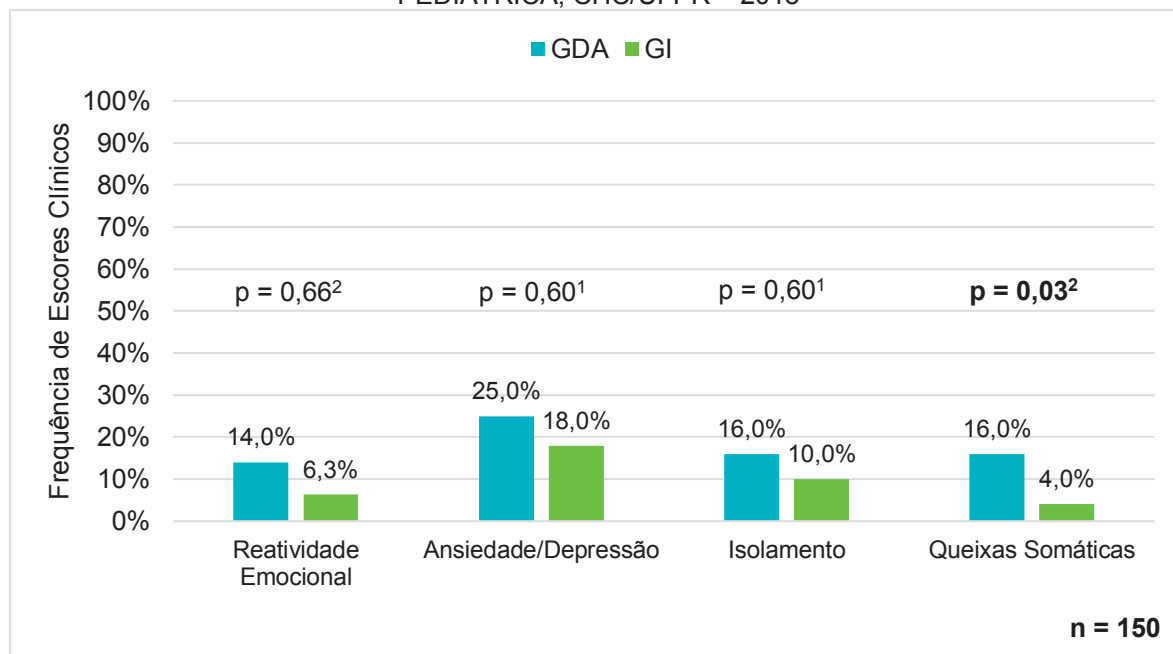
TABELA 10 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFRP - 2018

Síndromes (n)	GDA				GI			
	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)	Síndromes (n)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)	p*
R. Emocional (43)	23 (53,5%)	14 (32,5%)	6 (14,0%)	R. Emocional (16)	12 (75,0%)	3 (18,7%)	1 (6,3%)	0,66 ²
Ans/Depr. (100)	55 (55,0%)	20 (20,0%)	25 (25,0%)	Ans/Depr. (50)	31 (62,0%)	10 (20,0%)	9 (18,0%)	0,60 ¹
Isolamento (100)	74 (74,0%)	10 (10,0%)	16 (16,0%)	Isolamento (50)	40 (80,0%)	5 (10,0%)	5 (10,0%)	0,60 ¹
Q. Somáticas (100)	78 (78,0%)	6 (6,0%)	16 (16,0%)	Q. Somáticas (50)	41 (82,0%)	7 (14,0%)	2 (4,0%)	0,03²
P. Sono (43)	14 (32,5%)	3 (7,0%)	26 (60,5%)	P. Sono (16)	12 (75,0%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	< 0,01²
P. Atenção (100)	59 (59,0%)	21 (21,0%)	20 (20,0%)	P. Atenção (50)	34 (68,0%)	11 (22,0%)	5 (10,0%)	0,29 ¹
C. Agressivo (100)	62 (62,0%)	18 (18,0%)	20 (20,0%)	C. Agressivo (50)	34 (68,0%)	6 (12,0%)	10 (20,0%)	0,62 ¹
P. Sociais (57)	26 (45,6%)	13 (22,8%)	18 (31,6%)	P. Sociais (34)	22 (64,8%)	6 (17,6%)	6 (17,6%)	0,19 ¹
P. Pensamento (57)	18 (31,6%)	11 (19,3%)	28 (49,1%)	P. Pensamento (34)	21 (61,8%)	6 (17,6%)	7 (20,6%)	0,01¹
C. Q-Regras (57)	37 (64,9%)	9 (15,8%)	11 (19,3%)	C. Q-Regras (34)	23 (67,5%)	2 (6,0%)	9 (26,5%)	0,44 ²
T. P. Inter (100)	37 (37,0%)	21 (21,0%)	42 (42,0%)	T. P. Inter (50)	24 (48,0%)	14 (28,0%)	12 (24,0%)	0,09 ¹
T.P. Exter. (100)	45 (45,0%)	25 (25,0%)	30 (30,0%)	T. P. Exter (50)	29 (58,0%)	10 (20,0%)	11 (22,0%)	0,31 ¹
T.P. (100)	21 (21,0%)	16 (16,0%)	63 (63,0%)	T. P. (50)	19 (38,0%)	13 (26,0%)	18 (36,0%)	<0,01¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; GI = Grupo Irmãos Saudáveis; R = Reatividade; Ans = Ansiedade; Depr = Depressão; Q = Queixas; P = Problemas; C = Comportamento; Q = Quebra; T = Total; Inter = Internalizantes; Exter = Externalizantes; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher; ; * Comparação entre as frequências do escore Clínico

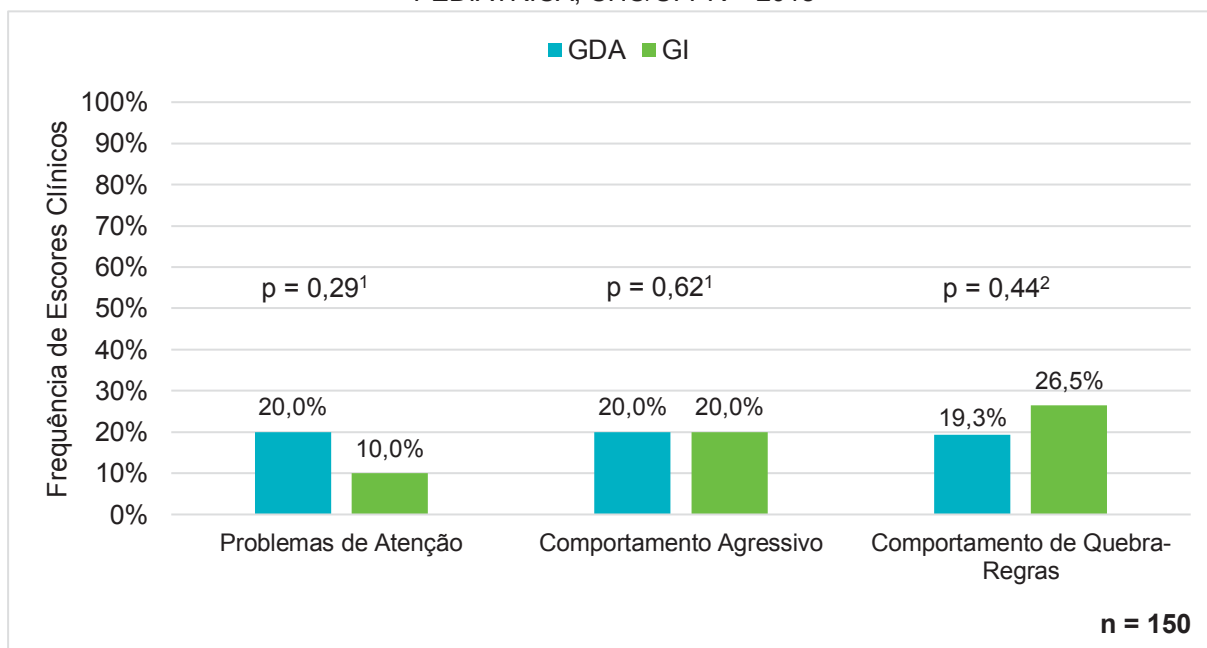
GRÁFICO 9 – PROBLEMAS INTERNALIZANTES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; GI = Grupo Irmãos Saudáveis; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

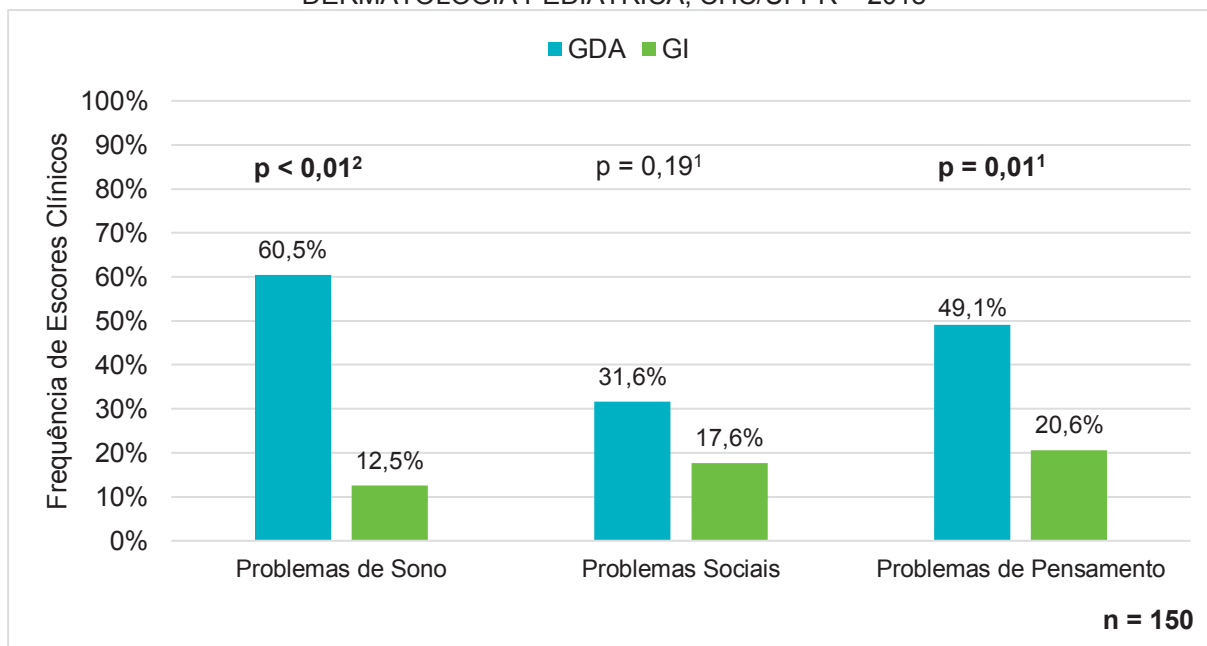
GRÁFICO 10 – PROBLEMAS EXTERNALIZANTES DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; GI = Grupo Irmãos Saudáveis; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

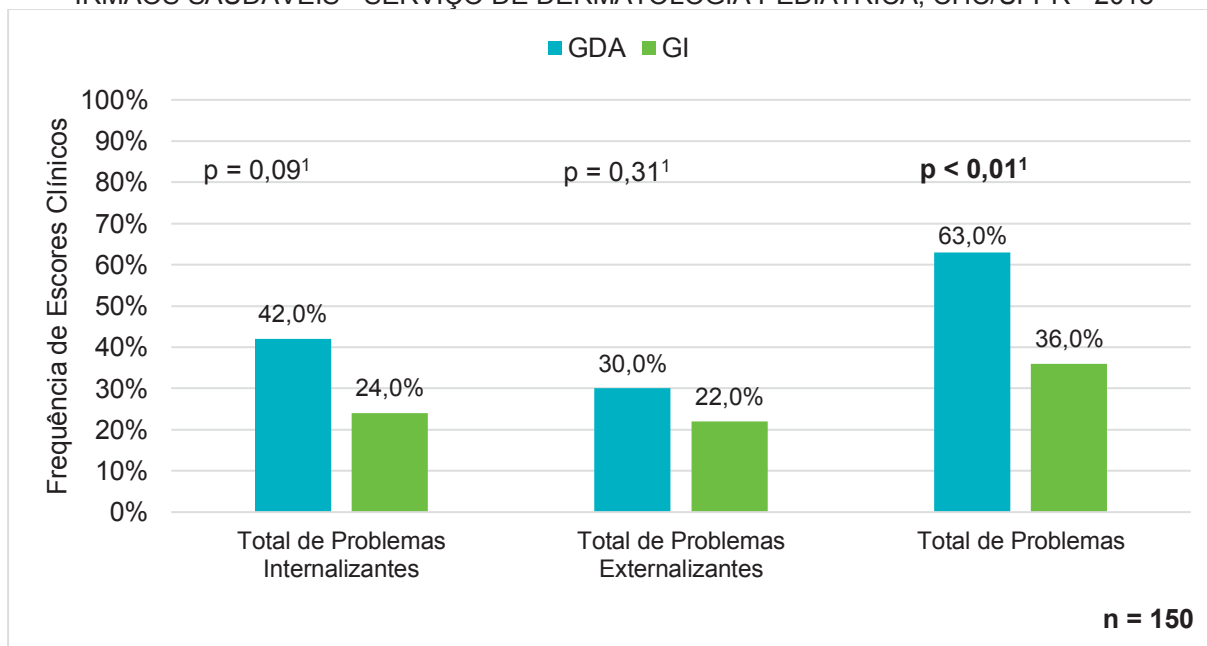
GRÁFICO 11 – SÍNDROMES AVALIADAS ISOLADAMENTE DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR – 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; GI = Grupo Irmãos Saudáveis; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

GRÁFICO 12 – TOTAL DE PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS - SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018



FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; GI = Grupo Irmãos Saudáveis; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher

4.3.1 Comparação entre as respostas das questões abertas do *Child Behavior Checklist* no Grupo Dermatite e no Grupo Irmãos Saudáveis

As respostas para a questão aberta “Qual é a sua maior preocupação em relação ao (a) seu (sua) filho (a)?” do instrumento de avaliação CBCL foram categorizadas e estão apresentadas na Tabela 11.

Em relação as preocupações parentais do GDA, sintomas relativos a doença como as relacionadas ao prurido, aceitação da criança em relação a sua própria doença, aparência inestética das lesões, cronicidade e gastos com o tratamento foram os mais frequentes (46,0%). Problemas de Socialização/*Bullying* foram relatados em 33,0% dos casos, incluindo agressões físicas, verbais e exclusão social. Problemas de Sono em 19,0% dos casos, tendo como principal queixa o prurido noturno. Em 16,0% dos casos, pais relataram estresse na hora dos cuidados com a pele. Baixo desempenho acadêmico foi citado em 15,0% dos casos, descritos principalmente pelo medo de reprovação e pelo déficit de atenção das crianças e/ou adolescentes em sala de aula. Sentimentos relacionados a tristeza foram relatados em 13,0% dos casos. Timidez em 12,0%, incluindo dependência afetiva dos pais e dificuldades em se relacionar com os pares. Outras preocupações totalizaram 8,0% dos casos.

Quanto ao GI, baixo desempenho escolar esteve presente em 20,0% dos casos, descritos principalmente pela falta de motivação em relação aos estudos e dificuldades de aprendizagem. Em 14,0%, pais relataram estresse, especialmente durante as tarefas domésticas e acadêmicas. Tristeza foi relatada por 12,0% e a presença de outras enfermidades leves em 10,0% dos casos (rinite - 6,0%, asma - 2,0% e problemas de refração - 2,0%).

Em relação as respostas para a questão “Por favor, descreva os aspectos mais positivos do (a) seu (sua) filho (a)” do instrumento de avaliação CBCL foram categorizadas e estão apresentadas na Tabelas 12.

No que se refere aos aspectos positivos do GDA, 42,0% dos pais enalteceram a afetividade dos filhos, 41,0% a inteligência, 27,0% a alegria, 17,0% a obediência, 15,0% as habilidades de comunicação, 11,0% a coragem e 7,0% descreveram outros aspectos positivos.

Quanto ao GI, 52,0% elogiaram a alegria, 36,0% as habilidades de comunicação, 32,0% a afetividade, 28,0% a inteligência, 12,0% a obediência, 12,0% relataram outros aspectos positivos e 2,0% a coragem.

TABELA 11 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS EM RELAÇÃO A PERGUNTA ABERTA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* “QUAL É A SUA MAIOR PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO AO (A) SEU (SUA) FILHO(A)?” NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, CHC/UFPR - 2018

GDA		GI		
Preocupações (n)	n (%)	Preocupações (n)	n (%)	p
Sintomas DA (100)	46 (46,0%)	Enfermidades leves (50)	5 (10,0%)	< 0,001¹
R. Sociais/ <i>Bullying</i> (100)	33 (33,0%)	R. Sociais/ <i>Bullying</i> (50)	2 (4,0%)	< 0,001²
Sono (100)	19 (19,0%)	Sono (50)	3 (6,0%)	0,04²
Estresse (100)	16 (16,0%)	Estresse (50)	6 (12,0%)	0,51 ¹
D. Acadêmico (100)	15 (15,0%)	D. Acadêmico (50)	12 (24,0%)	0,17 ¹
Tristeza (100)	13 (13,0%)	Tristeza (50)	6 (12,0%)	0,86 ¹
Timidez (100)	12 (12,0%)	Timidez (50)	3 (6,0%)	0,38 ²
Outros (100)	8 (8,0%)	Outros (50)	5 (10,0%)	0,68 ¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; GI = Grupo Irmãos Saudáveis; R = Relações; D = Desempenho; ¹ Teste qui-quadrado de Pearson com correção de Yates. ² Teste Exato de Fisher.

TABELA 12 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS EM RELAÇÃO A PERGUNTA ABERTA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* “POR FAVOR, DESCREVA OS ASPECTOS MAIS POSITIVOS DO (A) SEU (SUA) FILHO (A)” NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS – SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA – CHC/UFPR - 2018

GDA		GI		
Aspectos Positivos (n)	n (%)	Aspectos Positivos (n)	n (%)	p
Afetividade (100)	42 (42,0%)	Afetividade (50)	16 (32,0%)	0,23 ¹
Inteligência (100)	41 (41,0%)	Inteligência (50)	14 (28,0%)	0,11 ¹
Alegria (100)	27 (27,0%)	Alegria (50)	26 (52,0%)	< 0,01¹
Obediência (100)	17 (17,0%)	Obediência (50)	6 (12,0%)	0,42 ¹
Comunicação (100)	15 (15,0%)	Comunicação (50)	18 (26,0%)	< 0,01¹
Coragem (100)	11 (11,0%)	Coragem (50)	1 (2,0%)	0,06 ²
Outros (100)	7 (7,0%)	Outros (50)	6 (12,0%)	0,30 ¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; GI = Grupo Irmãos Saudáveis; ¹ Teste qui-quadrado de Pearson com correção de Yates. ² Teste Exato de Fisher.

5 DISCUSSÃO

Em decorrência da cronicidade de sintomas como prurido e distúrbios do sono e necessidade de mudanças na rotina diária necessários para o controle da DA, alguns autores descrevem que pacientes com DA podem apresentar risco para o desenvolvimento de TM (SCHMITT et al., 2009; DIAS, 2010; ROMANOS et al., 2010; YAGHMAIE et al., 2013; CATAL et al., 2016; LEE et al., 2016; PUSTISEK et al., 2016; CAMPOS, 2017).

O presente estudo demonstrou que essa frequência é aumentada, com 63,0% dos participantes do GDA com resultado em nível Clínico para risco de TM, segundo o instrumento *Child Behavior Checklist* (CBCL), apontando elevado índice para problemas emocionais, superior ao esperado para a faixa etária de acordo com estimativas de TM (13,1%) (PAULA et al., 2015) e de risco para TM (24,6%) (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007) para população pediátrica geral brasileira e do Grupo Irmãos Saudáveis (36,0%). Esse resultado está em concordância com o estudo de Catal et al., (2016), que mensuraram, por meio do instrumento ECI-4 que 68,8% das crianças com DA tinham pelo menos um diagnóstico psiquiátrico. Entre os participantes do GDA classificados com SCORAD “leve” e EASI “sem lesões/muito leve/leve”, 60,5% e 57,1% apresentaram risco para TM e entre os classificados em moderado/grave, 66,8% e 73,0%, respectivamente. Estes dados sugerem que a maior a gravidade da doença aumenta o risco para TM, revelando a necessidade de maior vigilância dos aspectos emocionais dos pacientes com doença grave.

No presente estudo, *Problemas Internalizantes* foram observados em nível Clínico em 42,0% e *Problemas Externalizantes* em 30,0% no GDA. Estudos realizados por meio de inventários de comportamento indicam que os *Problemas Internalizantes* são as alterações psicológicas mais comumente encontradas na infância e na adolescência, incluindo sintomas de *reatividade emocional*, *ansiedade/depressão*, *isolamento* e *queixas somáticas*. No entanto, *Problemas Externalizantes* são mais visíveis, pois indicam manifestações de comportamentos que interferem na vida das crianças no contexto social, tais como *comportamento agressivo*, de *quebra-regras* e *problemas de atenção* (ACHENBACH; RESCORLA, 2001).

Entre as síndromes avaliadas no presente estudo, *Problemas de Sono* foi a mais observada em nível Clínico no GDA (60,5%). Segundo o relato parental observado

pelas respostas ao questionário CBCL, estas crianças falam ou choram durante o sono, têm pesadelos, acordam frequentemente à noite e dormem menos em comparação a outras crianças da mesma faixa etária. Resultados similares foram encontrados em outros estudos, como no de Ridolo et al. (2015), que encontraram por meio do instrumento PSQI, problemas relacionados ao sono em 62,3% das crianças com DA. Em outro estudo foi constatado que 47,0% a 60,0% dos pacientes com DA apresentam algum tipo de alteração no sono por meio do instrumento CDLQI (HON et al., 2008). Essas frequências assemelham-se a do estudo de Chamlim et al. (2004), que avaliaram que distúrbios do sono estavam presentes em 60,0% dos pacientes pediátricos com DA, e de Fishbein et al. (2017), que identificaram problemas de sono em 60,0% das crianças e adolescentes com DA, também por meio do CDLQI. No Brasil, em uma pesquisa da Universidade de São Paulo, 51,5% das crianças com DA apresentaram agitação durante o sono de acordo com relatos parentais (GASCON et al., 2012). Outras pesquisas também descrevem que a gravidade da DA pode interferir na qualidade e na quantidade do sono das crianças/adolescentes com DA e de seus familiares (CHAMLIN et al., 2004; LINS; ALVARENGA, 2015; MONTI et al., 2011; PUSTISEK et al., 2016; CARVALHO et al., 2017).

Portanto, os *Problemas de Sono* são mais frequentes nos pacientes com DA, mensurados por diferentes instrumentos. O instrumento utilizado no presente estudo (CBCL) oferece uma análise detalhada sobre a qualidade do sono de crianças em idade pré-escolar por meio das seguintes questões: “*não quer dormir sozinho*”; “*tem dificuldade para pegar no sono*”, “*tem pesadelos*”, “*resiste a ir para a cama à noite*” “*dorme menos do que a maioria das crianças durante o dia e/ou noite*”, “*fala ou chora durante o sono*”, e “*acorda frequentemente à noite*”.

Em relação ao número de noites de sono adequado por semana, no estudo de Yaghmaie, Koudelka e Simpson (2013) constatou-se que 8,3% dos pacientes com DA grave não dormiram adequadamente em nenhuma noite durante a semana, em contrapartida, somente 3,0% dos pacientes com DA leve não dormiram adequadamente nenhuma noite. No presente estudo, o GDA com classificação pelo SCORAD como “moderado/grave” apresentou maiores *Problemas de Sono* em comparação ao GDA “sem lesões/leve” (100,0% versus 37,0%), respectivamente. Na avaliação realizada pelo EASI, *Problemas de Sono* também foram mais frequentes nos casos “moderados/graves” em comparação aos “sem lesões/muito leves/leves” (62,6% versus 20,7%). As perturbações no sono das crianças e dos adolescentes com DA

podem ser esclarecidas pelo prurido e pela dor causados pela xerose e pelo eczema, segundo o relato dos pais e dos pacientes. Logo, a interferência da qualidade do sono na infância e na adolescência pode prejudicar a funcionalidade diurna e afetar aspectos cognitivos, como o raciocínio e memória, comportamentais e emocionais, como mudança de humor e diminuição da coordenação motora (MEDEIROS et al., 2001). Desta forma, o adequado controle dos problemas do sono pode permitir melhora da qualidade de vida e da saúde mental de forma global.

No presente estudo, a segunda síndrome com maior frequência no GDA foi *Problemas de Pensamento*, observada em nível Clínico em 49,1%, que oferece uma análise sobre a qualidade do sono em escolares por meio das questões “*dorme menos que a maioria das crianças e adolescentes durante o dia e/ou noite*”; “*fala ou anda dormindo*” e “*tem problemas de sono*”; além de outras questões referentes a pensamentos e comportamentos recorrentes, por exemplo “*não consegue tirar certos pensamentos da cabeça*”, “*tem movimentos repetitivos que não consegue parar*” e “*repete a mesma ação, várias vezes seguidas*”, entre outros.

De acordo com as respostas dos pais ao CBCL, estas crianças e adolescentes frequentemente apresentam pensamentos persistentes devido à preocupação com a doença e seus efeitos. Muitos deles referiram que cutucam partes do corpo com frequência, tiram a pele que apresenta escamas ou “irritações”.

Apesar da elevada frequência no presente estudo, a síndrome *Problemas de Pensamento* na população pediátrica com DA foi encontrada em somente um estudo na literatura (FONTES et al., 2005), em que também foi utilizado o CBCL para avaliar 25 crianças com diagnóstico de DA e 25 crianças sem o diagnóstico da doença. As crianças com DA foram descritas como mais preocupados e rígidos em seus pensamentos em comparação as crianças sem o diagnóstico de DA (32,0% versus 4,0%). O autor questiona sobre uma possível relação entre a DA e o pensamento obsessivo. No presente estudo, verificou-se que a complexidade de detalhes no manejo diário da doença, bem como a falta de estratégias emocionais da criança e/ou adolescente para lidar com a DA, podem levar a repetição de pensamentos e atos que são caracterizados por esta síndrome.

Foi demonstrado que 25,0% do GDA apresenta risco para *Ansiedade/Depressão*. Nas respostas ao CBCL pais referiam que seus filhos frequentemente choram muito, acham que devem ser perfeitos na realização de suas atividades, queixam-se de que ninguém gosta deles e sentem-se sem valor ou inferior

aos outros quando se comparam com colegas de seu meio social. Resultados similares foram encontrados no estudo de Slaterry et al. (2011), que avaliaram 36 adolescentes com DA e diagnosticaram Transtorno de Ansiedade em 9 (26,0%) desses, por meio do instrumento K-SADS-PL. Já no estudo de Catal et al. (2016), que avaliaram 80 crianças com DA por meio do ECI-4, a frequência de ansiedade foi de 13,0%. A divergência entre esses estudos pode ter ocorrido devido aos diferentes instrumentos utilizados (K-SADS-PL e ECI-4) e as diferentes faixas etárias avaliadas (13 - 17 anos) e (3 - 5 anos), respectivamente, porém, ambos apontaram índices mais elevados para a síndrome *Ansiedade/Depressão* tanto em crianças como em adolescentes com DA em comparação a estimativas da população pediátrica brasileira geral (7,2%) (PAULA et al., 2015).

É importante salientar que os sintomas de *Ansiedade/Depressão* caracterizam-se, na primeira infância, principalmente pelo humor irritável, em vez de tristeza e melancolia, e na adolescência, por meio do tédio e sensação de vazio. Sinais de tristeza, rejeição, sentimento de culpa e/ou imagem negativa de si mesmo, além de irritabilidade e agressividade, são outros indicadores de depressão nessas faixas etárias. Indivíduos com essas características podem apresentar dificuldade em divertir-se, queixando-se de tédio ou falta do que fazer. Podem ainda sentir-se rejeitados por outras crianças e preferir atividades solitárias às compartilhadas. Essas crianças e/ou adolescentes, se não tratados adequadamente, podem sofrer alterações da percepção que tem do mundo e de si mesmo, correndo o risco de acostumarem-se com uma visão distorcida da realidade, reduzindo a interação com a família e a sociedade.

Devido a aparência inestética das lesões da DA, em diversos contextos sociais, essas crianças e adolescentes estão sujeitas a constantes formas de discriminação. À medida que são alvo frequente de estigmatização, tendem a se sentir diminuídos, menosprezados, desvalorizados e pouco aceitos (GON; ROCHA; GON, 2005). Na pergunta aberta do presente estudo, pais relataram que várias pessoas apresentaram repulsa ou, até mesmo, medo em se aproximar de seu (sua) filho(a), atribuindo esse fato a possível falta de informação sobre a DA, acreditando que se trata de uma doença contagiosa. Essa discriminação também é comum entre os pares, principalmente em ambiente escolar.

No presente estudo 33,0% dos participantes relataram violência física/verbal (*bullying*) ou exclusão social para com a criança e/ou o adolescente do GDA. Esta discriminação em relação à aparência da pele é vivenciada de forma negativa,

ocasionando consequências, como o aumento da ansiedade ou a evasão escolar (CHERNYSHOV, 2016). Nesse estudo, 31,6% do GDA apresentaram nível Clínico para *Problemas Sociais*. Os pais queixaram-se que seus filhos são alvos de provocações, principalmente dos colegas. Esses resultados estão em concordância com estudos que afirmam que crianças e adolescentes com DA sofrem com o isolamento social e a rejeição dos pares (FONTES et al., 2005; DIAS et al., 2010; SALEK et al., 2013). A síndrome *Isolamento* teve nível Clínico em 16,0% dos participantes do GDA no presente estudo, e foi mais frequente naqueles da faixa de idade escolar em comparação aos pré-escolares (22,8% *versus* 7,0%; $p < 0,01$), sendo identificados principalmente pelas afirmativas de preferirem estar sozinhos a ficarem em companhia de outros, de serem reservados e guardarem seus pensamentos e sentimentos apenas para si mesmo. Provavelmente isso decorre das novas exigências na faixa etária escolar, tais como a de pertencer a um grupo, uma vez que as crianças com DA tendem ao isolamento social, resultado de não se sentirem integrantes e aceitos pelos colegas.

Outro TM frequente na população com DA é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (SCHMITT et al., 2009; ROMANOS et al., 2010; YAGHMAIE; KOUDELKA; SIMPSON, 2013; CATAL et al., 2016; LIAO et al., 2016). O instrumento utilizado no presente estudo não avalia o TDAH propriamente dito, porém, rastreia alguns sintomas relacionadas a hiperatividade e desatenção, que estão agrupadas na Síndrome *Problemas de Atenção*. Nesse estudo, esta síndrome foi observada em 20,0% no GDA, identificada principalmente pelas questões: “não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento muito tempo”, “não consegue ficar sentado (a), é irrequieto (a) ou hiperativo (a)” e “desatento (a) ou distrai-se facilmente”. Estes resultados são similares ao estudo de Catal et al. (2016), que identificaram que 23,8% das crianças com DA tinham o diagnóstico de TDAH por meio do instrumento ECI-4. No estudo de Liao et al. (2016), foi constatado que 16,0% das crianças com diagnóstico de DA antes dos 2 anos de idade apresentam risco de desenvolver TDAH e Yaghmaie, Koudelka e Simpson (2013) identificaram que 12,6% das crianças com DA apresentam diagnóstico de TDAH. Esses autores também correlacionaram o TDAH com a gravidade da DA, tendo como resultado 8,2% (sem lesões); 10,7% (DA leve); 13,2% (DA moderada) e 27,7% (DA grave).

No presente estudo, também se observou maior frequência de *Problemas de Atenção* no GDA SCORAD moderado/grave em comparação ao GDA SCORAD sem lesões/leve (21,4% *versus* 19,0%; $p = 0,75$), porém, sem diferença estatisticamente

significativa. Essa correlação entre DA e TDAH é referida na literatura também com perturbações do sono, já que pode levar à fadiga diurna, falta de atenção e impulsividade. No presente estudo, 100,0% dos participantes do GDA que foram avaliados em nível Clínico para *Problemas de Atenção* também apresentam *Problemas de Sono*, indicando relação de risco entre os dois, uma vez que ambos afetam o nível de aprendizado escolar e a socialização da criança, interferindo negativamente no seu desenvolvimento global.

A dificuldade para descrever sentimentos também pode se manifestar por meio da expressão das emoções em dores físicas. Fonseca et al. (2005), em um estudo com 519 escolares entre 7 e 13 anos de idade, utilizando o CDI (*Children's Depression Inventory*), encontrou queixas frequentes relacionadas a cefaleia, dor abdominal, náuseas e cansaço sem causa orgânica relacionada. No presente estudo, a síndrome *Queixas Somáticas* foi observada em 16,0% dos casos no GDA, similar ao do estudo de Pedreira et al. (2002), que avaliou *Queixas Somáticas* na população pediátrica geral (14,0%). Esses dados refletem provavelmente que essas são formas comuns de expressão dos sentimentos na infância.

Outra síndrome avaliada no presente estudo foi a *Reatividade Emocional*, que é caracterizada por frequentes mudanças de humor ou de sentimentos; reações de pânico inesperadas; muita preocupação e perturbação com mudanças na rotina, indicando vulnerabilidade emocional (OLSON; LUNKENHEIMER, 2009), que pode ser visto tanto como uma característica própria da criança em idade pré-escolar ou como um alerta da sobrecarga dos sintomas da DA. No presente estudo, 16,0% dos participantes do GDA apresentaram escore em nível Clínico para esta síndrome.

As manifestações de raiva decorrentes de frustração são na maioria das vezes reações afetivas normais e passageiras, porém, dependendo da intensidade, da persistência e da presença de outros sintomas concomitantes, podem ser indícios de TM em crianças e adolescentes (FU; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000).

No presente estudo, 20,0% dos participantes do GDA apresentaram resultado em nível Clínico para *Comportamento Agressivo*, identificado pelos *Problemas Externalizantes*. Os itens avaliados incluem destruir seus próprios pertences, da família ou de outras pessoas, gritar muito, demonstrar teimosia, irritabilidade, apresentar mudanças repentinas de humor ou de sentimentos e crises de raiva/temperamento exaltado, entre outros. No estudo de Dias (2010) que também utilizou o CBCL para avaliar crianças com DA, foram encontrados resultados similares para *Comportamento*

Agressivo (18,0%), já no estudo de Fontes et al. (2005), os resultados para *Comportamento Agressivo* foram divergentes (60,0%). Apesar dos três estudos terem utilizado o mesmo instrumento de avaliação (CBCL), é provável que essa diferença tenha ocorrido devido ao tamanho da amostra ($n = 100$; $n = 9$ e $n = 50$, respectivamente) e pela não categorização da gravidade da DA nos dois últimos estudos.

No presente estudo, a síndrome *Comportamento de Quebra-Regras* obteve frequência de 19,3% no GDA, similares aos encontrados no estudo de Fontes et al. (2005) (24,0%) e nos participantes com DA grave (22,9%) na pesquisa de Yaghmaie, Koudelka e Simpson (2013). Provavelmente, por estarem em desenvolvimento, as crianças não compreendem a cronicidade das manifestações clínicas da DA, podendo apresentar comportamentos inadequados e exagerados frente a frustração com os episódios de exacerbações da doença.

A análise global de risco para TM comparando crianças e adolescentes do sexo feminino e masculino do GDA foi semelhante (60,0% *versus* 66,7%; $p = 0,74$). Em relação à idade, todas as síndromes, com exceção de *Problemas de Atenção* foram mais frequentes nos escolares em comparação aos pré-escolares, ou seja, aumentaram proporcionalmente com a idade, semelhante ao observado nas estimativas da população geral brasileira (THIENGO et al., 2014).

O convívio e o manejo da DA podem interferir no desenvolvimento da criança e/ou adolescente e dos familiares que convivem diariamente com a criança doente. Irmãos de crianças e adolescentes com doenças crônicas também constituem uma população de risco para TM (PEDROSA; VALLE, 2000; TAYLOR; FUGGLE, 2001; WILLIAMS et al., 2003; SIDHU; PASSMORE; BAKER, 2006; BESIER et al., 2010; DÓREA, 2010). Na pesquisa de Pedrosa e Valle (2000), irmãos saudáveis apresentaram sintomas semelhantes ao do irmão doente, porém, sem causa física relacionada. O tratamento diferenciado que os pais oferecem a criança e/ou adolescente doente é observado pelos irmãos saudáveis como diferente do oferecido a eles, o que provoca problemas emocionais e de comportamento nas crianças saudáveis. Por isso, o presente estudo avaliou os irmãos dos participantes com DA que convivem diariamente com os efeitos decorrentes da doença de seus irmãos e que poderiam também apresentar problemas emocionais e/ou sociais decorrentes da sobrecarga vivida por eles frequentemente.

Na avaliação dos irmãos saudáveis (GI) foi encontrado risco para TM em 36,0% dos casos. Não foi encontrado, até a presente data, estudos comparativos de TM em

crianças e adolescentes com DA e seus respectivos irmãos, por isso, a literatura utilizada neste estudo foi baseada em irmãos de crianças e adolescentes com doenças crônicas em geral (PEDROSA; VALLE, 2000; TAYLOR; FUGGLE, 2001; WILLIAMS et al., 2003; SIDHU; PASSMORE; BAKER, 2006; BESIER et al., 2010; DÓREA, 2010).

No estudo de Besier et al. (2010), 30,5% dos irmãos saudáveis de crianças com doenças crônicas apresentaram problemas emocionais e na pesquisa realizada por Williams et al. (2003), foi constatado que irmãos de crianças com doenças crônicas têm duas a três vezes mais risco do que a população geral de apresentarem problemas emocionais. No presente estudo, apesar dos participantes do GI apresentarem maior frequência de risco para TM (36,0%) em comparação à população pediátrica geral brasileira (24,6%), apresentam menor frequência quando comparados aos seus irmãos com DA (63,0%).

No presente estudo foi observada menor frequência em todas as síndromes do CBCL no GI em comparação ao GDA, com exceção do *Comportamento de Quebra-Regras*, porém, sem diferença estatisticamente significativa. Dados similares foram encontrados no estudo de Besier et al. (2010), que avaliaram 259 irmãos de crianças com fibrose cística, câncer e doença cardíaca congênita e destes, 23,6% apresentaram problemas de conduta. Isso pode ser explicado pelo conflito que essas crianças podem sentir diante da doença do(a) irmão(ã), como o medo (da doença), ciúmes e raiva (pela atenção diferenciada que é dada à criança doente pelos pais).

No presente estudo, as síndromes que apresentaram maiores diferenças entre os grupos GDA e GI foram *Queixas Somáticas* (16,0% versus 4,0%, $p = 0,03$), *Problemas de Sono* (60,5% versus 12,5%, $p < 0,01$), *Problemas de Pensamento* (49,1% versus 20,6%; $p = 0,01$) e *Total de Problemas* (63,0% versus 36,0%, $p < 0,01$). A análise dos resultados demonstra que a condição crônica e recidivante da doença de pele afeta tanto o paciente como os seus familiares e acrescenta dados sobre o risco para TM em irmãos saudáveis de crianças e adolescentes com DA, ainda não publicado na literatura.

O presente estudo apresentou algumas limitações. Os dados sobre o comportamento das crianças e/ou dos adolescentes foram obtidos por meio de uma única fonte de informação, no caso, o cuidador principal que estava acompanhando o paciente durante a consulta dermatológica ambulatorial no dia da coleta de dados. Também a falta de avaliação da causalidade das associações, dada a natureza transversal do estudo.

Considerando as limitações, os resultados do presente estudo abrem perspectivas para novas investigações no campo da Saúde Mental infantil, particularmente na área da dermatologia pediátrica. Estudos longitudinais poderão verificar a persistência dos sintomas, assim como as condições associadas à sua atenuação ou intensificação ao longo do tempo. Recomenda-se, também, a utilização de instrumentos de rastreamento pelas equipes de saúde e a implementação de programas que ofereçam aos pacientes e seus familiares a oportunidade de se depararem com suas potencialidades, dificuldades e necessidades como forma de prevenção e promoção em saúde.

6 CONCLUSÃO

Crianças e adolescentes com DA apresentam elevada frequência de risco para TM (63,0%), maior do que o esperado para a população pediátrica geral (24,6%).

Os irmãos saudáveis dessas crianças e adolescentes também apresentam comprometimento em sua saúde mental (36,0%), porém, com menor frequência de risco em comparação aos seus irmãos com DA, contudo, maior do que o esperado na população pediátrica geral (24,6%).

Em ambos os grupos, houve maior frequência de risco para TM em escolares em comparação aos pré-escolares. Não foi observado diferença no risco para TM em relação ao sexo dos participantes.

Em relação à gravidade da doença, foi observada maior frequência para a maioria das síndromes nas crianças e adolescentes com DA moderada/grave em comparação aos com a doença em grau leve, principalmente para *Problemas de Sono e Reatividade Emocional*.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DA é uma doença crônica com impacto no cotidiano do paciente e deve ser tratada não apenas para controle dos sintomas, mas sim incluindo os parâmetros físicos, psicológicos e sociais. A utilização de instrumentos de avaliação de risco para TM pode auxiliar na prevenção, identificação, diagnóstico precoce de TM e orientação terapêutica aos pacientes pediátricos com DA e toda sua família.

O Serviço de Dermatologia Pediátrica do CHC-UFPR realiza mensalmente desde 2015 um Grupo de Apoio intitulado “Clube da Dermatite”, voltado para as crianças e adolescentes com DA e seus respectivos pais. Neste grupo, aspectos físicos, psicológicos e sociais da DA são abordados com os pais por meio de palestras e rodas de conversa e com as crianças, através de atividades lúdicas. Este Clube é uma importante fonte de melhora da QV e sua continuidade é fundamental para a promoção em saúde aos pacientes e seus familiares.

Uma sugestão de instrumento de triagem para identificação de pacientes com potenciais diagnósticos de TM que apresenta boa concordância com o CBCL é a Lista de Sintomas Pediátricos (LPS) (Anexo 8). Trata-se de um instrumento que contém 35 itens de rápido preenchimento e interpretação dos resultados. Pode ser completada pelos pais enquanto aguardam a consulta de seu (sua) filho (a), por exemplo. Fornece dados sobre o desenvolvimento emocional e psicossocial da criança e/ou adolescente, suficientes para que o profissional da saúde, junto com os pais, possa decidir sobre a orientação e conduta a ser tomada.

REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist 14-18 and 1991 profile**. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA school-age forms & profiles**. Burlington: Research Centre for Children, Youth and Families, University of Vermont, 2001.

AKAN, A.; AZKUR, D.; GINIS, T.; TOYRAN, M.; KAYA, A.; VEZIR, E. Vitamin D level in children is correlated with severity of atopic dermatites but only in patients with allergic sensitizations. **Pediatric Dermatology**. v.30, n. 3, p. 359-363, 2013.

ALVARENGA, T. M. M.; CALDEIRA, A. P. Qualidade de vida em pacientes pediátricos com dermatite atópica. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 85, n. 5, p. 415-420, 2009.

AMARAL, C. S. F. do.; MARCH, M. de F. B. P.; SANT'ANNA, C. C. Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 87, n.5, p.717-723, 2012.

AMESTEJANI, M.; SALEHI, B. S.; VASIGH, M.; SOBHKHIZ, A.; KARAMI, M.; ALINIA, H.; BEHZADI, A. H. Vitamin D supplementation in the treatment of atopic dermatitis: a clinical trial study. **Journal of Drugs in Dermatology**. v. 3, n. 11, p. 327-330, 2012.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C.; ROUSTAN, G.; SIRGO, A. Evaluation of anxiety in chronic dermatoses: differences between sexes. **Revista Interamericana de Psicologia**, v.38, n. 1, p.141-145, 2004.

BEATTIE, P.E., LEWIS-JONES, M.S. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. **British Journal of Dermatology**. v.1, n.5, p.145 - 151, 2006.

BELLO R.T. Qualidade de vida em dermatologia. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v.63, p.35 - 57, 2005.

BENDER, B; BALLARD, R; CANONO, B; MURPHY, JR; LEUNG, DY. Disease severity, scratching, and sleep quality in patients with atopic dermatitis. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 58, n. 3, p. 415 - 420, 2008.

BESIER, T. HÖLLING, H; SCHLACK, R; WEST, C; GOLDBECK, L. **Impact of a family-oriented rehabilitation programme on behavioural and emotional problems in healthy siblings of chronically**. Tannheim, Germany: University Hospital Ulm, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, 2010.

BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.17, n.2, 1995.

BORDIN, I. A. S; PAULA, C. S; NASCIMENTO, C; DUARTE, C. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, n.4, p.290-296, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais é ampliado**. 2005. Disponível em: <<http://portalweb02.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 de outubro de 2017.

CAMELO-NUNES, I.C.; WANDALSEN, G.F.; MELO, K.C.D.; NASPITZ, C.K.; SOLÉ, D. Prevalência de asma e de sintomas relacionados entre escolares de São Paulo, Brasil: 1996 a 1999. Estudo da reatividade brônquica entre adolescentes asmáticos e não asmáticos. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**. v. 24, n. 3, p. 77-89, 2001.

CAMPOS, A. L. B; ARAÚJO, F. M; SANTOS, M. A. L.; SANTOS, A. A; PIRES, C. A. A. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida de pacientes pediátricos e seus responsáveis. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 1, p.5-10, 2017.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p.799-805, 2010.

CARVALHO, S.L.C; BOGUCHEWSKI, A.P; NASCIMENTO, F.L.S; DALMAS, L.M; CARVALHO, V.O. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida da família. **Brazilian Journal of Allergy and Immunology**. v.1, n.3, p. 305-310, 2017.

CARVALHO, V. O; SOLE, D.; ANTUNES, A.; KISZEWSKI, A.; KUSCHNIR, F.; MALLOZI, M.; MARKUS, J.; NASCIMENTO E SILVA, M. G.; PIRES, M. C.; MELLO, M. A. E.; ROSÁRIO FILHO, N.; SARINHO, E. S. C.; CHONG-NETO, H. J.; SILVA, L. R.; RUBINI, N. P. M. Updated practical guide on atopic dermatitis - Part II: treatment approach. Joint position paper of the Brazilian Association of Allergy and Immunology and the Brazilian Society of Pediatrics. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**. v. 1, n. 2, p. 157-82, 2017.

CASTRO, E. K; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.15, n.3, p. 625-635, 2002.

CATAL, F.; TOPAL, E.; SOYLU, N.; OZEL OZCAN, O.; CELIKSOY, M. H.; BABAYIĞIT, A; KARAKOÇ, H.T; ERGE, D; SANCAK, R. Psychiatric disorders and symptoms severity in preschool children with atopic eczema. **Allergologia et Immunopathologia**, v.44, n.2, p.120-124, 2016.

CHAMLIN, S. L.; FRIEDEN, I. J.; WILLIAMS, M. L.; CHREN, M.M. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. **Pediatrics**, v.3, p.607-611, 2004.

CHENG, Y.; ZHANG, Z.; LIU, XY.; HE. H.; CHEN, J. Evaluation of quality of life of children with atopic dermatitis before and after treatment. **Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi**, v.19, n. 6, p. 682-687, 2017.

CHERNYSHOV, P.V. Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. **Clinical Cosmetic Investigations Dermatology**, v.9, p.159-166, 2016.

COSTA, P. M. C.; NOGUEIRA, L. S. C. Dermatologia Hospitalar. In: BELDA JÚNIOR; DI CHIACCHIO, W, N.; CRIADO, P.R. (Ed.). **Tratado de Dermatologia**. São Paulo: Atheneu, 2010.

DAHLIN, M.; JONEBERG, N.; RUNESON, B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. **Medical Education**, v.39, p.594-604, 2005.

DIAS, N.G. **Avaliação Comportamental de crianças com doenças crônicas de pele a partir de relatos de suas mães**. 76f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

DÓREA, A. **Efeitos psicológicos em irmãos saudáveis de crianças portadoras de cardiopatias congênitas**. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DURLAK, J. A.; WELLS, A. M. Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. **American Journal of Community Psychology**, n. 26, p. 775-802, 1998.

EDELBROCK, C.; COSTELLO, E. J. Teachers' perceptions of childhood anxiety and school adjustment. In: **Conference Anxiety disorders in children: implications school adjustment**. Paper. Cape Cod MA, 1988.

FEITOSA, H.N.; RICO, M.; REGO, S.; NUNES, R. **A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas**. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280641340_A_Saude_Mental_das_Crianças_e_dos_Adolescentes_consideracoes_epidemiologicas_assistenciais_e_bioeticas. Acesso em: 12 de setembro de 2017.

FILANOVSKY, M.G.; POOTONGKAM, S.; TAMBURRO, J. E.; SMITH, M. C.; GANOCY, S. J.; NEDOROST, S. T. The Financial and Emotional Impact of Atopic Dermatitis on Children and Their Families Portions. **Journal of Pediatrics**, v.7, n.2 p. 284 - 290, 2016.

FISHBEIN, A. B.; MUELLER, K.; KRYSE, L.; BOOR, P.; SHELDON, S.; ZEE, P.; PALLER, A. S. Sleep disturbance in children with moderate/severe atopic dermatitis: A case-control study. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 78, n. 2, p. 336 - 341, 2017.

FONSECA, M. H. G.; FERREIRA, R. A.; FONSECA, S. G. Prevalência de Sintomatologia Depressiva em Escolares. **Jornal de Pediatria**, v. 27, n. 4, p. 223-32, 2005.

FONTES NETO, P. T. L. **Avaliação socio-comportamental de crianças portadoras de dermatite atópica**. 105 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas – Pediatria), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FONTES NETO, P. T. L.; WEBER, P. T. L.; FORTES, M. B.; CESTARI, S. D.; ESCOBAR, T. F.; MAZOTTI, G. F.; BARZENSKI, N.; SILVA, B.; LAUFER, T.; SOIREFMANN, M.; PRATTI, C. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. **Psiquiatria em Revista**, v.27, n.3, p.279-291, 2005.

FORTUNE, D. G.; MAIN, C. J.; O'SULLIVAN, T. M.; GRIFFITHS, C. E. Assessing illness related stress in psoriasis: the psychometric properties of the psoriasis life stress inventory. **Journal of Psychosomatic Research**, v.42, n.5, p.467-475, 1997.

FU I, L.; CURATOLO, E.; FRIEDRICH, S. Transtornos afetivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 22, supl.2, p.24-27, 2000.

GANEMO, A.; SVENSSON, A.; LINDBERG, M.; WAHLGREN, C.F. Quality of life in Swedish children with eczema. **Acta Dermato-Venereologica**, v.8, n.12, p.345-349, 2007.

GASCON, M. R. P.; BONFIM, M. C.; PEDROSO, T. G.; CAMPOS T. G.; BENUTE, G. R. G.; AOKI, V.; TAKAOKA, R.; LEÃO, R. O.; LÚCIA, M. C. S.; NETO C. F. Avaliação psicológica de crianças com dermatite atópica por meio do teste das fábulas de düs. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v.3, n.2, p.182-195, 2012.

GILABERTE, Y.; SANMARTÍN, R.; ASPIROZ, C. Correlation Between Serum 25-Hydroxyvitamin D and Virulence Genes of Staphylococcus aureus Isolates Colonizing Children with Atopic Dermatitis. **Pediatric Dermatology**. v.32, n.4, p.506-513, 2015.

GON, M. C. C.; ROCHA, M. M.; GON, A. S. Análise do conceito de estigma em crianças com dermatoses crônicas. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v.7, n. 1, p.15-20, 2005.

GRANGE, A.; BEKKER, H.; NOYES, J.; LANGLEY, P. Adequacy of health-related quality of life measures in children under 5 years old: systematic review. **Journal of Advanced Nursing**. v.57, n.3, p.197-220, 2007.

GRILLO, E.; SILVA, R. J. M. Manifestações precoces dos Transtornos do Comportamento na criança e no adolescente. **Clínica Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 80, Supl. 2, p.521-527, 2004.

GROB, J.J.; REVUZ, J.; ORTONNE, JP.; AUQUIER, P.; LORETTE, G. Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life. **British Journal of Dermatology**, v.152, n.2, p.289-295, 2005.

GUPTA, M.A; GUPTA, A.K. Sleep-Wake Disorders and Dermatology. **Clinics in Dermatology**, v.31, p.118-126, 2013.

HAN, D. A **Multidisciplinary approach in managing moderate-severe atopic dermatitis in children**. 2017. Disponível em: <<https://www.eventscribe.com/2013/app/tweets.asp?AccountID=15348817&EventID=3874&ClientID=399&PresentationID=&BoothID=&PresenterID=&PosterID=108906>>. Acesso em: 09 de julho de 2017.

HANI, A., AL SHOBAILI, M. D. The impact of childhood atopic dermatitis on the patients' family. **Pediatric Dermatology**, v.27, n.6, p. 618-623, 2010.

HANIFIN, J. M.; RAJKA, G. Diagnostic features of atopic dermatitis. **Acta Dermato-Venereologica – Supplementum**, v.92, p. 44-47, 1980.

HANIFIN, J.M.; THURSTON, M.; OMOTO, M.; CHERILL, R.; TOFTE, S. J.; GRAEBER, M. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. **Experimental Dermatology**, v.10, n.1, p.11-18, 2001.

HON, K.L; LEUNG, T.F; WONG, K.Y; CHOW, C.M; CHUN, A.; NG, P.C. Does age or gender influence Quality of Life in children with Atopic Dermatitis? **Clinical and Experimental Dermatology**, v.33, n.6, p.705-709, 2008.

JANG, H. J.; HWANG, S.; AHN, Y.; LIM, D. H.; SOHN, M; KIM, J.H. Family quality of life among families of children with atopic dermatitis. **Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology**, v.6, n.4, p.213-219, 2016.

JERUSALINSKI, A. Sintomas de Infância. **Revista APOA**, v.7, n.13, p.7-14, 1997.

KAMER, B.; PASOWSKA, R.; DÓŁKA, E.; BLOMBERG, A.; ROTSZTEJN H. Prevalence of atopic dermatitis in infants during the first six months of life: authors' observations. **Postepy Dermatology Alergology**. v. 30, p. 277-81, 2013.

KAPOOR, R.; MENON, C.; HOFFSTAD, O.; BILKER, W.; LECLERC, P.; MARGOLIS, D.J. The prevalence of atopic triad in children with physicianconfirmed atopic dermatitis. **Journal of the American Academy of Dermatology**. v. 58, n. 1, p. 68-73, 2008.

LAPIDUS, C.S.; KERR, P.E. Social impact of atopic dermatitis. **Medicine and Health**, v.84, n.9, p.294-295, 2001.

LEE, C.Y.; CHEN, M. H.; JENG, M. J.; HSU, J. W.; TSAI, S. J.; BAI, Y. M.; HUNG, G. Y.; YEN, H. J.; CHEN, T. J.; SU, T. P. Longitudinal association between early atopic

dermatitis and subsequent attention-deficit or autistic disorder: A population-based case-control study. **Medicine**, v.95, n.39, 2016.

LESHEM, Y.A.; HAJAR, T.; HANIFIN, J. M.; SIMPSON, E. L. What the Eczema Area and Severity Index score tells us about the severity of atopic dermatitis: an interpretability study. **The British Journal of Dermatology**, v. 172, p. 135 - 143 2015.

LEUNG, D.Y.M.; EICHENFIELD, L.F.; BOGUNIEWICZ, M. Doenças na pele e membranas mucosas: Dermatite atópica. In: WOLFF, K. et al. Fitzpatrick **Tratado de Dermatologia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

LEWIS-JONES, M.S; FINLAY, A.Y.; DYKES, P.J. The infant's Dermatitis Quality of Life Index. **The British Journal of Dermatology**. v.144, p.104-110, 2001.

LIAO, T.C. LIEN, Y. T.; WANG, S.; HUANG, S. L.; CHEN, C. Y. Comorbidity of Atopic Disorders with Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. **Journal of Pediatrics**, v.171, p. 248-255, 2016.

LINS, T.; ALVARENGA, P. Controle psicológico materno e problemas internalizantes em pré-escolares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 31 n. 3, p. 311-319, 2015

LIPP, M. E. N. **Inventário de sintomas do stress para adultos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LOPEZ, A. D.; Murray, C. C. J. L. **The global burden of disease, 1990–2020**.1998. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf>. Acesso em: 04 de julho de 2017.

LOUREIRO, E. A relação entre o stress e os estilos de vida. **Acta Medica Portuguesa**, v. 21, p. 209-214, 2008.

MAGIN, P.; ADAMS, J.; HEADING, G.; POND, D.; SMITH, W. Experiences of appearance-related teasing and bullying in skin diseases and their psychological

sequelae: Results of a qualitative study. **Scandinavian Journal of Caring Science**, v. 22, p. 430-436, 2008.

MAHTANI, R.; PAREKN, N.; MANGAT, M.D.; BHALERAO, S. Alleviating the itch-scratch cycle in atopic dermatitis. **Psychosomatics**, v.46, n.4, p.373-374, 2005.

MALLOL, J.; CRANE, J.; VON MUTIUS, E.; ODHAMBO, J.; KEIL, U.; STEWART, A. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase three: a global synthesis. **Allergologia et immunopathologia**, v.41, n.2, p.73-85, 2013.

MARCINIAK, J.; REICH, A.; SZEPIETOWSKI, J. C. Quality of Life of Parents of Children with Atopic Dermatitis. **Acta Dermato-Venereologica**, v.97, n.6, p. 711-714, 2017.

MEDEIROS, A. L. D.; MENDES, D.; LIMA, P.; ARAÚJO, J. F. The relationships between sleep-wake cycle and academic performance in medical students. **Biological Rhythm Research**, v. 32, n. 2, p. 263-270, 2001.

MONTI, F.; AGOSTINI, F.; GOBBI, F.; NERI, E.; SCHIANCHI, S.; ARCANGELI, F. Quality of life measures in Italian children with atopic dermatitis and their families. **Italian Jornal Pediatrics**, v. 37, p. 59, 2011.

MURTHY, R. S. **The world health report 2001**. Mental health: new understanding, new hope Geneva. [s.l.]: World Health Organization, 2001.

NELSON, G.; WESTHUES, A.; MACLEOD, J. A meta-analysis of longitudinal research of preschool prevention programs for children. **Prevention and Treatment**, n. 6, p. 1-32, 2003.

NÓBREGA, V.M.; REICHERT, A. P. S; SILVA, K. L.; COUTINHO, S. E. D.; COLLET, N. Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doenças crônicas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.16, n.4, p.781-788, 2012.

OLSON, S. L.; LUNKENHEIMER, E. S. Expanding concepts of self-regulation to social relationships: Transactional processes in the development of early behavioral

adjustment. In A. J. Sameroff, Transactional processes in development: How children and contexts shape each other. **American Psychological Association**. p. 55-76, 2009.

ORANJE, A.P. GLAZENBURG, E. J.; WOLKERSTORFER, A.; WAARD-VAN DER SPEK, F. B. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. **British Journal of Dermatology**, v.157, n.4, p.645-648, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012**. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais; 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **CID - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAULA, C. S.; COUTINHO, E. S.; MARI, J. J.; ROHDE, L. A.; MIGUEL, E. C.; BORDIN, I. A. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 178-179, 2015.

PAULA, C.S.; DUARTE, C.S.; BORDIN, I.A. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.29, n.1, p.11-17, 2007.

PAULA, C.S.; MIRANDA, C.T.; BORDIN, I.A. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (eds.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PEDREIRA, J. L.; PALANCA, I.; SARDINEIRO, E.; MARTÍN, L. Los trastornos psicossomáticos en la infancia y la adolescencia. **Psiquiatria**, v.6, n.2, 2002.

PEDROSA, C.; VALLE, E. Artigos da equipe multiprofissional de saúde da criança: ser irmão de criança com câncer: estudo compreensivo. **Pediatria**, v.22, n. 2, p. 195-194, 2000.

PHUPHAIBUL, R.; MUENSA, W. Negative and positive adaptive behaviors of thai school- aged children who have a sibling with cancer. **Journal of Pediatric Nursing**, v.14, n.5, p.342-348, 1999.

PIRES, M. C.; CESTARI, S. C. P. **Dermatite atópica**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

POLANCZYK, G. V.; SALUM, G. A.; SUGAYA, L. S.; CAYE, A.; ROHDE, L. A. **Annual Research Review**: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents, *J Child Psychol Psychiatry*, v.1, n.3, p.345-365, 2015.

PRATI, C.; CESTARI, T. N. Validação para o português falado no Brasil do instrumento Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI). **Medicina Cutânea Ibero-Latino-Americana**. v.1, n.5, p.229-233, 2010.

PUSTISEK, N.; SITUM, M.; VURNEK ZIVKOVIC, M.; LJUBOJEVIC HADZAVDIC, S.; VURNEK, M.; NISETEO, T. The significance of structured parental educational intervention on childhood atopic dermatitis: a randomized controlled trial. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v.30, n.5, p. 806-812, 2016.

REIJNEVELD, S. A.; VOGELS, A. G.; HOEKSTRA, F.; CRONE, M. R. Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of Psychosocial problems in preventive child healthcare. **BMC Public Health**, v. 27, n.6, 2006.

RIDOLO, E.; CAFFARELLI, C.; OLIVIERI, E.; MONTAGNI, M.; INCORVAIA, C.; BAIARDINI, I.; CANONICA, G. W. Quality of sleep in allergic children and their parents. **Allergologica Immunology**, v. 43, n. 2, p.180-184, 2015.

ROBL, R.; UBER, M.; ABAGGE, K.T.; LIMA, M.N.; CARVALHO, V.O. Serum Vitamin D Levels Not Associated with Atopic Dermatitis Severity. **Pediatric Dermatology**. v. 33, n. 3, p. 283-288, 2016.

ROCHA, M. M. **Evidências de validade do "Inventário de Autoavaliação para Adolescentes" (YSR/2001) para a população brasileira**. 242f.Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROMANOS, M.; GERLACH, M.; WARNKE, A.; SCHMITT, J. Association of attention-deficit/ hyperactivity disorder and atopic eczema modified by sleep disturbance in a large population based sample. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.64, n.3, p.269–273, 2010.

SALEK M.S.; JUNG, S.; BRINCAT-RUFFINI, LA.; MACFARLANE, L.; LEWIS-JONES, MS.; BASRA, M. K.; FINLAY, A. Y. Clinical experience and psychometric properties of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), 1995–2012. **The British Journal of Dermatology**, v.169, 734-759, 2013.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SCHMITT, J.; CHEN, C. M.; APFELBACHER, C.; ROMANOS, M.; LEHMANN, I.; HERBARTH, O.; SCHAAF, B.; KRAEMER.; U VON BERG, A.; WICHMANN, H.E.; HEINRICH, J.; THE LISA-PLUS STUDY GROUP. Infant eczema, infant sleeping problems, and mental health at 10 years of age: the prospective birth cohort study LISApplus. **European Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v.66, p.404-411, 2011.

SCHMITT, J.; ROMANOS, M.; SCHMITT, N.; MEURER, M.; KIRCH, W. Atopic eczema and attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based sample of children and adolescents. **Journal American Medical Association**, v.7, p.724-726, 2009.

SHIN, J.; CHOI, Y.; PARK, E. C.; LEE, K. H.; HWANG, S. Y.; OH, S. H.; LEE, S. G. Psychiatry outpatient visits by atopic dermatitis patients varying in the complexity of their prescriptions: A nationwide cohort study conducted from 2005 to 2013. **Medicine**, v.95, n.49, 2016.

SIBEMBERG, N. A prescrição médica na clínica dos transtornos do desenvolvimento infantil. **Revista APOA**, v.7, p. 45-50, 1997.

SIDHU, R.; PASSMORE, A.; BAKER, D. The effectiveness os a peer support camp for siblings of children with câncer. **Pediatric Blood & Cancer**, v.47, p. 580-588, 2006.

SLATTERY, M. J.; ESSEX, M. J.; PALETZ, E. M.; VANNESS, E. R.; INFANTE, M.; ROGERS, G. M.; GERN, J. E. Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis. **Journal of Allergy and Clinical immunology**, v.128, n.3, p.668-671, 2011.

SOARES, A.H.R.; MARTINS, A.J.; LOPES, M.C.B.; BRITO, J.A.A.; OLIVEIRA, C.Q.; MOREIRA, M.C.N. Qualidade de vida de crianças e adolescente: Uma revisão bibliográfica. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.16, p.3197-3206, 2011.

SOLÉ, D.; ROSÁRIO, N. A. F.; SARINHO, E. S.; CAMELO-NUNES, I. C.; BARRETO, B. A., MEDEIROS, M. L. Prevalence of asthma and allergic diseases in adolescents: nine-year follow-up study (2003-2012). **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**. v. 91, n. 1, p. 30-35, 2015.

TAYLOR, V.; FUGGLE, P. Well sibling adjustment to chronic phisical disorder in a sibling: how importante is maternal awareness of their illness. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v.7, n.42, p. 953-962, 2001.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V.63, n.4, p. 360-372, 2014.

THUN-HOHENSTEIN, L.; HERZOG, S. The predictive value of the pediatric symptom checklist in 5-year-old Austrian children. **European Journal of Pediatrics**, v.167, v.3, p.323-329, 2008.

VERHULST, F. C.; VANDER, E. J. Factors associated with child mental health service use in the community. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, n. 36, p. 901-909, 1997.

WEBER, M.B.; PETRY, V.; WEIS, L.; MAZZOTTI, N. G.; CESTARI, T. F. Avaliação da relação do prurido e níveis sanguíneos de IgE com a gravidade do quadro clínico em pacientes com dermatite atópica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.80, n.3, p. 245-248, 2005.

WIELEWICKI, A.; GALLO, A.E.; GROSSI, R. Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 513-523, 2011.

WILLIAMS, P.D.; WILLIAMS, A. R.; GRAFF, J. C.; HANSON, S.; STANTON, A.; HAFEMAN, C.; LIEBERGEN, A.; LEUENBERG, K.; SETTER, R. K.; RIDDER, L.; CURRY, H.; BARNARD, M.; SANDERS, S. A Community-based intervention for siblings and parentes of children witch chronic illness or disability: the isee study. **Journal of Pediatrics**, n.143, p. 386-393, 2003.

YAGHMAIE, P.; KOUDELKA, C.W.; SIMPSON, E. L. Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v.131, n.2, p.428–433, 2013.

APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA

[illegible][illegible]

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO DERMATITE ATÓPICA)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: "Prevalência de Risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes com dermatite atópica"

Investigadoras: Vânia Oliveira de Carvalho e Mariana Muzzolon

Local da Pesquisa: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Endereço: Rua Padre Camargo, 530 – Curitiba/PR CEP: 80060-240

Nós, Vânia Oliveira de Carvalho e Mariana Muzzolon, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a) e o (a) seu (sua) filho (a) para participar de um estudo intitulado "Risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes com dermatite atópica". Esta pesquisa avalia a presença de fatores emocionais presentes nas Crianças com Dermatite atópica. O objetivo desta pesquisa é determinar como a criança se comporta no seu dia a dia e o quanto a doença pode influenciar nas suas emoções e personalidade.

Caso seu filho participe da pesquisa será necessário preencher um questionário que será fornecido pelas pesquisadoras, você deverá responder a todas as perguntas. Além disto, seu filho será avaliado na consulta médica agendada no ambulatório de Dermatologia Pediátrica. Este questionário pode ser preenchido em um período de 10 a 15 minutos.

Para tanto, você e seu filho deverão comparecer no SAM 2 do Hospital de Clínicas para a consulta médica agendada normalmente para seu acompanhamento médico, não será necessária nenhuma consulta além daquelas necessárias para o acompanhamento da doença do seu filho.

Este estudo consiste em responder um questionário e não oferece riscos aos participantes além do tempo para responder os questionamentos.

Esta pesquisa poderá contribuir para entendermos melhor como a dermatite atópica influencia nos aspectos psíquicos e no desenvolvimento da personalidade da criança.

Se você ou seus parentes tiver (em) alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do paciente, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar os Investigadores do estudo Vânia Oliveira de Carvalho (41) 9222-2525, Mariana Muzzolon (41) 9787-8816 ou a equipe de Dermatopediatria, pelo telefone (41) 3360-6351, em horário comercial.

Maria José Mocelin
MARIA JOSÉ MOCELIN
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do HCUFPR
Matrícula 7402

Rubricas:
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal:

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:



Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de uma pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone: 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A participação do seu filho nesse estudo é voluntária e se você não quiser mais que ele faça parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como os pesquisadores Dra Vânia Oliveira de Carvalho e Mariana Muzzolon. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**

As despesas realizadas para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome ou o nome de seu (sua) filho (a), e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão.

Eu concordo voluntariamente que meu filho participe deste estudo.

Nome dos pais e/ou responsáveis

Assinatura

Data

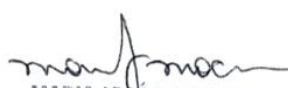
(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Nome do investigador

Assinatura

Data


MARIA JOSÉ MOCELIN
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do HC/UFPR
 Matrícula 7462

APÊNDICE 3 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO DERMATITE ATÓPICA)



TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO (Crianças e Adolescentes - De 11 a 18 anos de idade)

Título do Projeto: “Prevalência de Risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes com dermatite atópica”

Investigadoras: Vânia Oliveira de Carvalho e Mariana Muzzolon

Local da Pesquisa: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Endereço: Rua Padre Camargo, 530 – Curitiba/PR CEP: 80060-240

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de crianças e adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao Participante: o que é uma pesquisa?


Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de avaliar como a Dermatite Atópica pode estar influenciando nas suas emoções e personalidade.

Caso você aceite em participar da pesquisa, será necessário preencher esse questionário que será fornecido pelas pesquisadoras. Você deverá responder a todas as perguntas. O questionário pode ser preenchido em um período de 10 a 15 minutos.

Se você ficar cansado para responder as perguntas, é possível dividi-la em duas etapas.

Esta pesquisa poderá ajudar a entendermos melhor como a Dermatite Atópica pode influenciar nas suas emoções e personalidades.

A sua participação é voluntária. Caso você não queira participar não terá nenhum prejuízo no seu atendimento e/ou tratamento.


MARIA JOSÉ MOCELIN
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do HC/UFPR
 Matrícula 7462

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal:

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:



Contatos para dúvida

Se você ou os responsáveis tiverem dúvidas com relação ao estudo, poderão entrar em contato com as Investigadoras do estudo: Vânia Oliveira de Carvalho (41) 9222-2525, Mariana Muzzolon (41) 9787-8816 ou a equipe de Dermatopediatria, pelo telefone (41) 3360-6351, em horário comercial.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de uma pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone: 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de pessoas que estão atentas para mantê-lo seguro e proteger seus direitos no estudo.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com as investigadoras responsáveis pelo presente estudo os detalhes apresentados nesse documento. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada nesse TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma via original assinada, rubricada e datada deste Documento de ASSENTIMENTO INFORMADO.

NOME DO ADOLESCENTE

ASSINATURA

DATA

NOME DO INVESTIGADOR

ASSINATURA

DATA


MARIA JOSÉ MOCELIN
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do HC/UFPR
 Matrícula 7462

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Pais e/ou responsáveis) GRUPO CONTROLE

Título do Projeto: “Prevalência de Risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes com dermatite atópica”

Investigadoras: Vânia Oliveira de Carvalho e Mariana Muzzolon

Local da Pesquisa: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Endereço: Rua Padre Camargo, 530 – Curitiba/PR CEP: 80060-240

Nós, Vânia Oliveira de Carvalho e Mariana Muzzolon, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a) para participar de um estudo intitulado “Prevalência de Risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes com dermatite atópica”. O objetivo desta pesquisa é determinar como a criança com Dermatite Atópica se comporta no seu dia a dia e o quanto a doença pode influenciar nas suas emoções e personalidade.

Caso seu filho participe da pesquisa será necessário preencher um questionário que será fornecido pelas pesquisadoras, você deverá responder a todas as perguntas. Este questionário pode ser preenchido em um período de 10 a 15 minutos.

Este estudo consiste em responder um questionário e não oferece riscos aos participantes além do tempo para responder os questionamentos.

Esta pesquisa poderá contribuir para entendermos melhor como a dermatite atópica influencia nos aspectos psíquicos e no desenvolvimento da personalidade da criança.

Se você ou seus parentes tiver (em) alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do paciente, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar os Investigadores do estudo Vânia Oliveira de Carvalho (41) 99222-2525, Mariana Muzzolon (41) 99787-8816 ou a equipe de Dermatopediatria, pelo telefone (41) 3360-6351, em horário comercial.


MARIA JOSÉ MOCELIN
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do HC/UFPR
 Matrícula 7462

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal:

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de uma pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone: 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos



com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A participação do seu filho nesse estudo é voluntária e se você não quiser mais que ele faça parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como os pesquisadores Dra Vânia Oliveira de Carvalho e Mariana Muzzolon. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**

As despesas realizadas para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome ou o nome de seu (sua) filho (a), e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão.

Eu concordo voluntariamente que meu filho participe deste estudo.

Nome dos pais e/ou responsáveis

Assinatura

Data

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Nome do investigador

Assinatura

Data


MARIA JOSÉ MOCELIN
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do HC/UFPR
 Matrícula 7462

APÊNDICE 5 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS)



TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

(Crianças e Adolescentes - De 11 a 18 anos de idade)

GRUPO CONTROLE

Título do Projeto: "Prevalência de Risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes com dermatite atópica"

Investigadoras: Vânia Oliveira de Carvalho e Mariana Muzzolon

Local da Pesquisa: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Endereço: Rua Padre Camargo, 530 – Curitiba/PR CEP: 80060-240

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de crianças e adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao Participante: o que é uma pesquisa?

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de avaliar como a Dermatite Atópica pode estar influenciando nas emoções e na personalidade do (a) seu (sua) irmão (irmã).

Caso você aceite em participar da pesquisa, será necessário preencher esse questionário que será fornecido pelas pesquisadoras. Você deverá responder a todas as perguntas. O questionário pode ser preenchido em um período de 10 a 15 minutos.

Se você ficar cansado para responder as perguntas, é possível dividi-la em duas etapas.

A sua participação é voluntária. Caso você não queira participar não terá nenhum prejuízo no atendimento e/ou tratamento do (a) seu (sua) irmão (irmã).


MARIA JOSÉ MOCELIN
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do HC/UFPR
Matrícula 7462

Rubricas:
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal:

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:

Contatos para dúvida

Se você ou os responsáveis tiverem dúvidas com relação ao estudo, poderão entrar em contato com as Investigadoras do estudo: Vânia Oliveira de Carvalho (41) 99222-2525, Mariana Muzzolon (41) 99787-8816 ou a equipe de Dermatopediatria, pelo telefone (41) 3360-6351, em horário comercial.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de uma pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone: 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de pessoas que estão atentas para mantê-lo seguro e proteger seus direitos no estudo.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com as investigadoras responsáveis pelo presente estudo os detalhes apresentados nesse documento. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada nesse TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma via original assinada, rubricada e datada deste Documento de ASSENTIMENTO INFORMADO.

 NOME DO ADOLESCENTE

ASSINATURA

DATA

 NOME DO INVESTIGADOR

ASSINATURA

DATA


MARIA JOSÉ MOCELIN
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do HC/UFPR
 Matrícula 7462

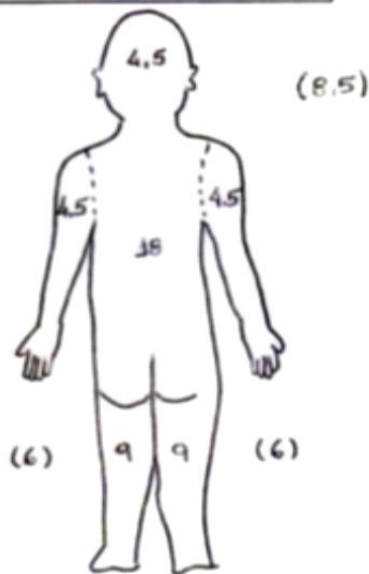
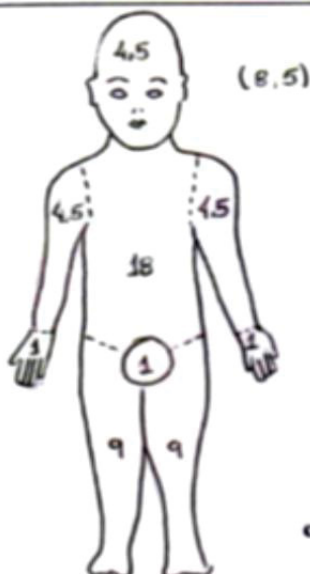
ANEXO 1 - SCORING ATOPIC DERMATITIS

SCORAD

Escala de avaliação de Dermatite Atópica

Nome _____
 Registro _____
 Data de nascimento _____
 Data da consulta _____

Corticóide tópico utilizado
Potência (marca) _____
Quantidade/meses (g) _____
Número de crises /mês _____



Números entre
parenteses para
crianças menores de 2 anos

A: EXTENSÃO (indicar as zonas acometidas) _____

B: INTENSIDADE _____

C: SINTOMAS SUBJETIVOS, PRURIDO+ PERDA DE SONO

CRITÉRIO	INTENSIDADE
Eritema	
Lesões sensíveis ou pruriginosas	
Edema/pápula	
Escoriação	
Liquenificação	
Xerose (avaliada na pele normal)	

Método de Cálculo	
Critérios de Intensidade	
0 – ausente	1 – leve
2 – Moderado	3 – severo

$$\text{SCORAD } A/5 + 7B/2 + C =$$

Escala analógica visual
(média das 3 últimas noites e dias)

Prurido (0-10)  0 10

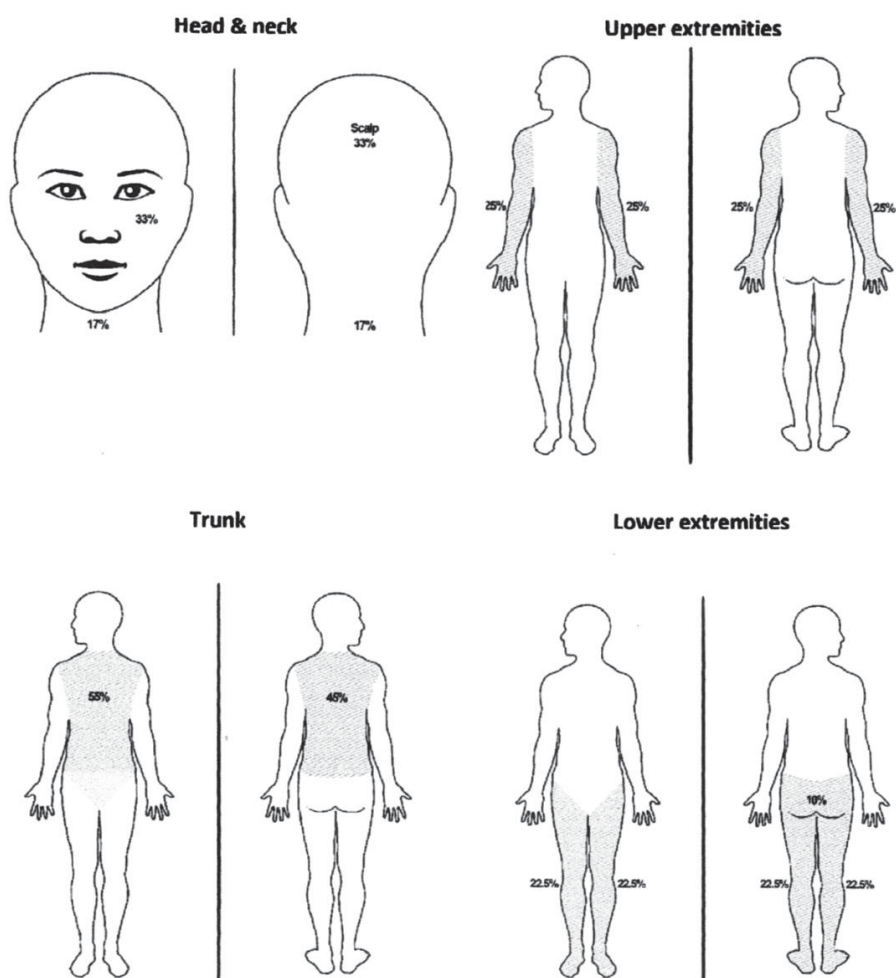
Perda de sono (01-10) 

Tratamento:


Observações:

ANEXO 2 - ECZEMA AREA AND SEVERITY INDEX

Score each region from 0 to 100%



ANEXO 3 – INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS ENTRE 1 ANO E MEIO E 5 ANOS DE IDADE - CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 1 ½ - 5

 **Please print. CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 1½-5** For office use only (24)

CHILD'S FULL NAME First Middle Last			PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant.		
CHILD'S GENDER <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl	CHILD'S AGE	CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE	PARENT 1 (or MOTHER) TYPE OF WORK _____		
TODAY'S DATE Mo. _____ Day _____ Year _____		CHILD'S BIRTHDATE Mo. _____ Day _____ Year _____	PARENT 2 (or FATHER) TYPE OF WORK _____		
Please fill out this form to reflect your view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to write additional comments beside each item and in the space provided on page 2. Be sure to answer all items.			THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name) _____		
			Your relation to child: <input type="checkbox"/> Parent 1 (or Mother) <input type="checkbox"/> Parent 2 (or Father) <input type="checkbox"/> Other (specify): _____		

Below is a list of items that describe children. For each item that describes the child **now or within the past 2 months**, please circle the **2** if the item is **very true or often true** of the child. Circle the **1** if the item is **somewhat or sometimes true** of the child. If the item is **not true** of the child, circle the **0**. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to apply to the child.

0 = Not True (as far as you know)	1 = Somewhat or Sometimes True	2 = Very True or Often True
0 1 2	1. Aches or pains (without medical cause; do not include stomach or headaches)	0 1 2 30. Easily jealous
0 1 2	2. Acts too young for age	0 1 2 31. Eats or drinks things that are not food—don't include sweets (describe): _____
0 1 2	3. Afraid to try new things	0 1 2 32. Fears certain animals, situations, or places (describe): _____
0 1 2	4. Avoids looking others in the eye	0 1 2 33. Feelings are easily hurt
0 1 2	5. Can't concentrate, can't pay attention for long	0 1 2 34. Gets hurt a lot, accident-prone
0 1 2	6. Can't sit still, restless, or hyperactive	0 1 2 35. Gets in many fights
0 1 2	7. Can't stand having things out of place	0 1 2 36. Gets into everything
0 1 2	8. Can't stand waiting; wants everything now	0 1 2 37. Gets too upset when separated from parents
0 1 2	9. Chews on things that aren't edible	0 1 2 38. Has trouble getting to sleep
0 1 2	10. Clings to adults or too dependent	0 1 2 39. Headaches (without medical cause)
0 1 2	11. Constantly seeks help	0 1 2 40. Hits others
0 1 2	12. Constipated, doesn't move bowels (when not sick)	0 1 2 41. Holds his/her breath
0 1 2	13. Cries a lot	0 1 2 42. Hurts animals or people without meaning to
0 1 2	14. Cruel to animals	0 1 2 43. Looks unhappy without good reason
0 1 2	15. Defiant	0 1 2 44. Angry moods
0 1 2	16. Demands must be met immediately	0 1 2 45. Nausea, feels sick (without medical cause)
0 1 2	17. Destroys his/her own things	0 1 2 46. Nervous movements or twitching (describe): _____
0 1 2	18. Destroys things belonging to his/her family or other children	0 1 2 47. Nervous, highstrung, or tense
0 1 2	19. Diarrhea or loose bowels (when not sick)	0 1 2 48. Nightmares
0 1 2	20. Disobedient	0 1 2 49. Overeating
0 1 2	21. Disturbed by any change in routine	0 1 2 50. Overtired
0 1 2	22. Doesn't want to sleep alone	0 1 2 51. Shows panic for no good reason
0 1 2	23. Doesn't answer when people talk to him/her	0 1 2 52. Painful bowel movements (without medical cause)
0 1 2	24. Doesn't eat well (describe): _____	0 1 2 53. Physically attacks people
0 1 2	25. Doesn't get along with other children	0 1 2 54. Picks nose, skin, or other parts of body (describe): _____
0 1 2	26. Doesn't know how to have fun; acts like a little adult	
0 1 2	27. Doesn't seem to feel guilty after misbehaving	
0 1 2	28. Doesn't want to go out of home	
0 1 2	29. Easily frustrated	

Be sure you answered all items. Then see other side.



Please print your answers. Be sure to answer all items.

0 = Not True (as far as you know)			1 = Somewhat or Sometimes True			2 = Very True or Often True		
0	1	2	55. Plays with own sex parts too much	0	1	2	79. Rapid shifts between sadness and excitement	
0	1	2	56. Poorly coordinated or clumsy	0	1	2	80. Strange behavior (describe): _____	
0	1	2	57. Problems with eyes (without medical cause) (describe): _____	0	1	2	81. Stubborn, sullen, or irritable	
0	1	2	58. Punishment doesn't change his/her behavior	0	1	2	82. Sudden changes in mood or feelings	
0	1	2	59. Quickly shifts from one activity to another	0	1	2	83. Sulks a lot	
0	1	2	60. Rashes or other skin problems (without medical cause)	0	1	2	84. Talks or cries out in sleep	
0	1	2	61. Refuses to eat	0	1	2	85. Temper tantrums or hot temper	
0	1	2	62. Refuses to play active games	0	1	2	86. Too concerned with neatness or cleanliness	
0	1	2	63. Repeatedly rocks head or body	0	1	2	87. Too fearful or anxious	
0	1	2	64. Resists going to bed at night	0	1	2	88. Uncooperative	
0	1	2	65. Resists toilet training (describe): _____	0	1	2	89. Underactive, slow moving, or lacks energy	
0	1	2	66. Screams a lot	0	1	2	90. Unhappy, sad, or depressed	
0	1	2	67. Seems unresponsive to affection	0	1	2	91. Unusually loud	
0	1	2	68. Self-conscious or easily embarrassed	0	1	2	92. Upset by new people or situations (describe): _____	
0	1	2	69. Selfish or won't share	0	1	2	93. Vomiting, throwing up (without medical cause)	
0	1	2	70. Shows little affection toward people	0	1	2	94. Wakes up often at night	
0	1	2	71. Shows little interest in things around him/her	0	1	2	95. Wanders away	
0	1	2	72. Shows too little fear of getting hurt	0	1	2	96. Wants a lot of attention	
0	1	2	73. Too shy or timid	0	1	2	97. Whining	
0	1	2	74. Sleeps less than most kids during day and/or night (describe): _____	0	1	2	98. Withdrawn, doesn't get involved with others	
0	1	2	75. Smears or plays with bowel movements	0	1	2	99. Worries	
0	1	2	76. Speech problem (describe): _____	0	1	2	100. Please write in any problems the child has that were not listed above.	
0	1	2	77. Stares into space or seems preoccupied	0	1	2		
0	1	2	78. Stomachaches or cramps (without medical cause)	0	1	2		

Please be sure you have answered all items.
Underline any you are concerned about.

Does the child have any illness or disability (either physical or mental)? ☐ No ☐ Yes—Please describe:

What concerns you most about the child?

Please describe the best things about the child:

ANEXO 4 – INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE 6 ANO E 18 ANOS DE IDADE - CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18

Please print CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18			For office use only <input type="checkbox"/> If
CHILD'S FULL NAME: First _____ Middle _____ Last _____			PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. (Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant.) PARENT 1 (or FATHER) TYPE OF WORK: _____ PARENT 2 (or MOTHER) TYPE OF WORK: _____
CHILD'S GENDER: <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl	CHILD'S AGE: _____	CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE: _____	
TODAY'S DATE: Mo. _____ Day _____ Year _____		CHILD'S BIRTHDATE: Mo. _____ Day _____ Year _____	
GRADE IN SCHOOL: _____ NOT ATTENDING SCHOOL: <input type="checkbox"/>		Please fill out this form to reflect your view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to print additional comments beside each item and in the space provided on page 2. Be sure to answer all items.	
THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name) _____			
Your gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Your relation to the child: <input type="checkbox"/> Biological Parent <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Adoptive Parent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other (specify) _____			
I. Please list the sports your child most likes to take part in. For example: swimming, baseball, skating, skate boarding, bike riding, fishing, etc.			
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____	Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?	Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?	
	Less Than Average Average More Than Average Don't Know	Below Average Average Above Average Don't Know	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
II. Please list your child's favorite hobbies, activities, and games, other than sports. For example: video games, dolls, reading, plans, crafts, cars, computers, singing, etc. (Do not include listening to radio, TV, or other media.)			
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____	Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?	Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?	
	Less Than Average Average More Than Average Don't Know	Below Average Average Above Average Don't Know	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
III. Please list any organizations, clubs, teams, or groups your child belongs to.			
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____	Compared to others of the same age, how active is he/she in each?		
	Less Active Average More Active Don't Know		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
IV. Please list any jobs or chores your child has. For example: doing dishes, babysitting, making bed, working in store, etc. (Include both paid and unpaid jobs and chores.)			
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____	Compared to others of the same age, how well does he/she carry them out?		
	Below Average Average Above Average Don't Know		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Be sure you answered all items. Then see other side.			

Please print. Be sure to answer all items.

V. 1. About how many close friends does your child have? (Do not include brothers & sisters)

☐ None ☐ 1 ☐ 2 or 3 ☐ 4 or more

2. About how many times a week does your child do things with any friends outside of regular school hours? (Do not include brothers & sisters)

☐ Less than 1 ☐ 1 or 2 ☐ 3 or more

VI. Compared to others of his/her age, how well does your child:

	Worse	Average	Better	
a. Get along with his/her brothers & sisters?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Has no brothers or sisters
b. Get along with other kids?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Behave with his/her parents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Play and work alone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Performance in academic subjects. ☐ Does not attend school because _____

Check a box for each subject that child takes	Failing	Below Average	Average	Above Average
a. Reading, English, or Language Arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. History or Social Studies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Arithmetic or Math	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Science	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Other academic subjects—for example: computer courses, foreign language, business. Do not include gym, shop, driver's ed., or other nonacademic subjects.

2. Does your child receive special education or remedial services or attend a special class or special school?

☐ No ☐ Yes—kind of services, class, or school: _____

3. Has your child repeated any grades?

☐ No ☐ Yes—grades and reasons: _____

4. Has your child had any academic or other problems in school? ☐ No ☐ Yes—please describe: _____

When did these problems start? _____

Have these problems ended? ☐ No ☐ Yes—when? _____

Does your child have any illness or disability (either physical or mental)? ☐ No ☐ Yes—please describe: _____

What concerns you most about your child? _____

Please describe the best things about your child. _____

Please print. Be sure to answer all items.

Below is a list of items that describe children and youths. For each item that describes your child **now or within the past 6 months**, please circle the **2** if the item is **very true or often true** of your child. Circle the **1** if the item is **somewhat or sometimes true** of your child. If the item is **not true** of your child, circle the **0**. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to apply to your child.

0 = Not True (as far as you know)	1 = Somewhat or Sometimes True	2 = Very True or Often True
0 1 2	1. Acts too young for his/her age	0 1 2 32. Feels he/she has to be perfect
0 1 2	2. Drinks alcohol without parents' approval (describe): _____	0 1 2 33. Feels or complains that no one loves him/her
0 1 2	3. Argues a lot	0 1 2 34. Feels others are out to get him/her
0 1 2	4. Fails to finish things he/she starts	0 1 2 35. Feels worthless or inferior
0 1 2	5. There is very little he/she enjoys	0 1 2 36. Gets hurt a lot, accident-prone
0 1 2	6. Bowel movements outside toilet	0 1 2 37. Gets in many fights
0 1 2	7. Bragging, boasting	0 1 2 38. Gets teased a lot
0 1 2	8. Can't concentrate, can't pay attention for long	0 1 2 39. Hangs around with others who get in trouble
0 1 2	9. Can't get his/her mind off certain thoughts, obsessions (describe): _____	0 1 2 40. Hears sound or voices that aren't there (describe): _____
0 1 2	10. Can't sit still, restless, or hyperactive	0 1 2 41. Impulsive or acts without thinking
0 1 2	11. Clings to adults or too dependent	0 1 2 42. Would rather be alone than with others
0 1 2	12. Complaints of loneliness	0 1 2 43. Lying or cheating
0 1 2	13. Confused or seems to be in a fog	0 1 2 44. Bites fingernails
0 1 2	14. Cries a lot	0 1 2 45. Nervous, highstrung, or tense
0 1 2	15. Cruel to animals	0 1 2 46. Nervous movements or twitching (describe): _____
0 1 2	16. Cruelty, bullying, or meanness to others	0 1 2 47. Nightmares
0 1 2	17. Daydreams or gets lost in his/her thoughts	0 1 2 48. Not liked by other kids
0 1 2	18. Deliberately harms self or attempts suicide	0 1 2 49. Constipated, doesn't move bowels
0 1 2	19. Demands a lot of attention	0 1 2 50. Too fearful or anxious
0 1 2	20. Destroys his/her own things	0 1 2 51. Feels dizzy or lightheaded
0 1 2	21. Destroys things belonging to his/her family or others	0 1 2 52. Feels too guilty
0 1 2	22. Disobedient at home	0 1 2 53. Overeating
0 1 2	23. Disobedient at school	0 1 2 54. Overfired without good reason
0 1 2	24. Doesn't eat well	0 1 2 55. Overweight
0 1 2	25. Doesn't get along with other kids	56. Physical problems without known medical cause :
0 1 2	26. Doesn't seem to feel guilty after misbehaving	0 1 2 a. Aches or pains (not stomach or headaches)
0 1 2	27. Easily jealous	0 1 2 b. Headaches
0 1 2	28. Breaks rules at home, school, or elsewhere	0 1 2 c. Nausea, feels sick
0 1 2	29. Fears certain animals, situations, or places, other than school (describe): _____	0 1 2 d. Problems with eyes (not if corrected by glasses) (describe): _____
0 1 2	30. Fears going to school	0 1 2 e. Rashes or other skin problems
0 1 2	31. Fears he/she might think or do something bad	0 1 2 f. Stomachaches
		0 1 2 g. Vomiting, throwing up
		0 1 2 h. Other (describe): _____

PAGE 3 Be sure you answered all items. Then see other side.

Please print. Be sure to answer all items.

0 = Not True (as far as you know)	1 = Somewhat or Sometimes True	2 = Very True or Often True
0 1 2 57. Physically attacks people		0 1 2 84. Strange behavior (describe): _____
0 1 2 58. Picks nose, skin, or other parts of body (describe): _____		0 1 2 85. Strange ideas (describe): _____
0 1 2 59. Plays with own sex parts in public		0 1 2 86. Stubborn, sullen, or irritable
0 1 2 60. Plays with own sex parts too much		0 1 2 87. Sudden changes in mood or feelings
0 1 2 61. Poor school work		0 1 2 88. Sulks a lot
0 1 2 62. Poorly coordinated or clumsy		0 1 2 89. Suspicious
0 1 2 63. Prefers being with older kids		0 1 2 90. Swearing or obscene language
0 1 2 64. Prefers being with younger kids		0 1 2 91. Talks about killing self
0 1 2 65. Refuses to talk		0 1 2 92. Talks or wrinks in sleep (describe): _____
0 1 2 66. Repeats certain acts over and over; compulsions (describe): _____		0 1 2 93. Talks too much
0 1 2 67. Runs away from home		0 1 2 94. Teases a lot
0 1 2 68. Screams a lot		0 1 2 95. Temper tantrums or hot temper
0 1 2 69. Secretive, keeps things to self		0 1 2 96. Thinks about sex too much
0 1 2 70. Sees things that aren't there (describe): _____		0 1 2 97. Threatens people
0 1 2 71. Self-conscious or easily embarrassed		0 1 2 98. Thumb-sucking
0 1 2 72. Sets fires		0 1 2 99. Smokes, chews, or sniffs tobacco
0 1 2 73. Sexual problems (describe): _____		0 1 2 100. Trouble sleeping (describe): _____
0 1 2 74. Showing off or clowning		0 1 2 101. Truancy, skips school
0 1 2 75. Tightly or timid		0 1 2 102. Underactive, slow moving, or lacks energy
0 1 2 76. Sleeps less than most kids		0 1 2 103. Unhappy, sad, or depressed
0 1 2 77. Sleeps more than most kids during day and/or night (describe): _____		0 1 2 104. Unusually loud
0 1 2 78. Inattentive or easily distracted		0 1 2 105. Uses drugs for nonmedical purposes (don't include alcohol or tobacco) (describe): _____
0 1 2 79. Speech problem (describe): _____		0 1 2 106. Vandalism
0 1 2 80. Stares/blankly		0 1 2 107. Wets self during the day
0 1 2 81. Steals at home		0 1 2 108. Wets the bed
0 1 2 82. Steals outside the home		0 1 2 109. Whining
0 1 2 83. Stores up too many things he/she doesn't need (describe): _____		0 1 2 110. Wishes to be of opposite sex
		0 1 2 111. Withdrawn, doesn't get involved with others
		0 1 2 112. Worries
		113. Please write in any problems your child has that were not listed above:
		0 1 2 _____
		0 1 2 _____
		0 1 2 _____

ANEXO 5 – CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS



Ministério da
Educação



3) CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezado Coordenador,

Declaramos que nós do **Departamento de Pediatria e Serviço de Dermatologia Pediátrica**, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “**Prevalência do risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes com dermatite atópica**”, sob a responsabilidade de Mariana Muzzolon, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR, até o seu final em agosto de 2018.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão **crianças com Dermatite atópica** bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Atenciosamente,

Regina Paula Vieira Cavalcante
Departamento de Pediatria

Kerstin Taniguchi Abagge
Chefe do serviço de Dermatologia Pediátrica

Profa. Regina Vieira Cavalcante da Silva
Chefe do Departamento de Pediatria- SD/UFPR
Matricula UFPR 191159

ANEXO 6 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA

Pesquisador: Vânia Oliveira de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58853216.0.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.776.561

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de prevalência de risco para Transtornos Mentais em crianças e adolescentes com Dermatite Atópica, com coleta de dados prospectiva.

A amostra será de 100 pacientes pediátricos com dermatite atópica atendidos no Serviço de Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas/UFPR, no período de setembro de 2016 a setembro de 2017. O estudo conta com a participação da Psic. Mariana Muzzolon.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo consiste em avaliar a prevalência do risco para Transtornos Mentais em crianças e adolescentes com Dermatite Atópica atendidos no ambulatório do HC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As autoras avaliam os riscos psicológicos e especificam os procedimentos de encaminhamento para acompanhamento psicológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo observacional, com coleta de dados prospectiva através dos instrumentos Child Behavior Checklist (CBCL) e Youth Self-Report (YSR). As escalas estão especificadas e anexadas.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 1.776.561

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de consentimento e assentimento estão adequados.

Recomendações:

As recomendações foram atendidas.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_754815.pdf	30/09/2016 20:40:44		Aceito
Outros	respostacep.pdf	30/09/2016 20:34:08	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoconcordancias.pdf	28/09/2016 19:31:21	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	3concordanciadasunidades.pdf	28/09/2016 19:18:12	MARIANA MUZZOLON	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-900

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 1.776.561

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoassentimento.pdf	28/09/2016 19:16:29	MARIANA MUZZOLON	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimento.pdf	28/09/2016 19:16:02	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	13declaracaocenep.pdf	15/08/2016 17:32:30	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	10qualificacaopesquisadores.pdf	15/08/2016 17:31:46	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	9termoresponsabilidade.pdf	15/08/2016 17:31:22	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	8declaracaocompromisso.pdf	15/08/2016 17:29:25	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	7termocompromisso.pdf	15/08/2016 17:26:55	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	6declaracaousomateriais.pdf	15/08/2016 17:26:32	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	5declaracaotornarpublico.pdf	15/08/2016 17:26:10	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	4termoconfidencialidade.pdf	15/08/2016 17:25:49	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	02declaracaodoorientador.pdf	15/08/2016 17:25:08	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Outros	01cartapesquisadorcep.pdf	15/08/2016 17:24:43	MARIANA MUZZOLON	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	15/08/2016 13:42:58	MARIANA MUZZOLON	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 10 de Outubro de 2016

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

ANEXO 7 – DECLARAÇÃO DO COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA PELO CENTRO DE NEUROPEDIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



13) DECLARAÇÃO DO COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA PELO CENTRO DE NEUROPEDIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Ao Comitê de Ética em Pesquisa HC/UFPR

Prezado Coordenador

Declaro que o CENEP (Centro de Neuropediatria) localizado na Rua Floriano Essenfelder, 81, Alto da Glória, Curitiba, PR está de acordo com a condução do Projeto de Pesquisa **“Prevalência de risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes com dermatite atópica”**. Está ciente que os sujeitos da pesquisa poderão ser encaminhados para este serviço para avaliação e atendimento psicológico e/ou neurológico.

Com objetivo de colaborarmos para a qualidade do atendimento, nos colocamos à disposição.

Atenciosamente,



Sandra Regina Baggio Muzzolon

ANEXO 8 – LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS



Departamento de Pediatria
Centro de Neuropediatria - CENEP

Nome: _____ Série _____
Idade: _____ Sexo _____

LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS - LSP		Nunca	Às vezes	Freqüente mente	
01	Queixa-se de dores, sem uma causa física				01
02	Fica sozinho a maior parte do tempo				02
03	Fica cansado com facilidade				03
04	É irrequieto, não para quieto				04
05	Tem problemas de relacionamento com os professores				05
06	Apresenta pouco interesse em aprender				06
07	Age como se fosse movido por um "motorzinho"				07
08	"Sonha" muito durante o dia				08
09	Distai-se com facilidade				09
10	Tem medo de enfrentar novas situações.				10
11	Sente-se triste ou infeliz.				11
12	Tem dificuldade em demonstrar seus próprios sentimentos.				12
13	Sente-se abandonado.				13
14	Tem problemas de concentração.				14
15	Tem pouco interesse em ter amigos.				15
16	Briga com outras crianças.				16
17	Falta às aulas sem motivo.				17
18	Suas notas escolares estão decaindo.				18
19	Sente-se inferiorizado.				19
20	Consulta-se com vários médicos, que nada encontram.				20
21	Tem dificuldades para dormir.				21
22	É uma criança muito preocupada ou tensa.				22
23	Quer permanecer com os pais, mais do que antes.				23
24	Sente-se como "uma criança ruim".				24
25	Assume riscos desnecessários.				25
26	Machuca-se com freqüência.				26
27	Tem estado menos alegre.				27
28	Age como se tivesse menos idade.				28
29	Desobedece a regras.				29
30	Pouco se importa com os sentimentos dos outros.				30
31	Provoca, caçoa ou implica com os outros.				31
32	Culpa os outros por suas dificuldades.				32
33	Pega objetos que não lhe pertencem.				33
34	Recusa-se a compartilhar objetos.				34
35	É brabo, irritado.				35

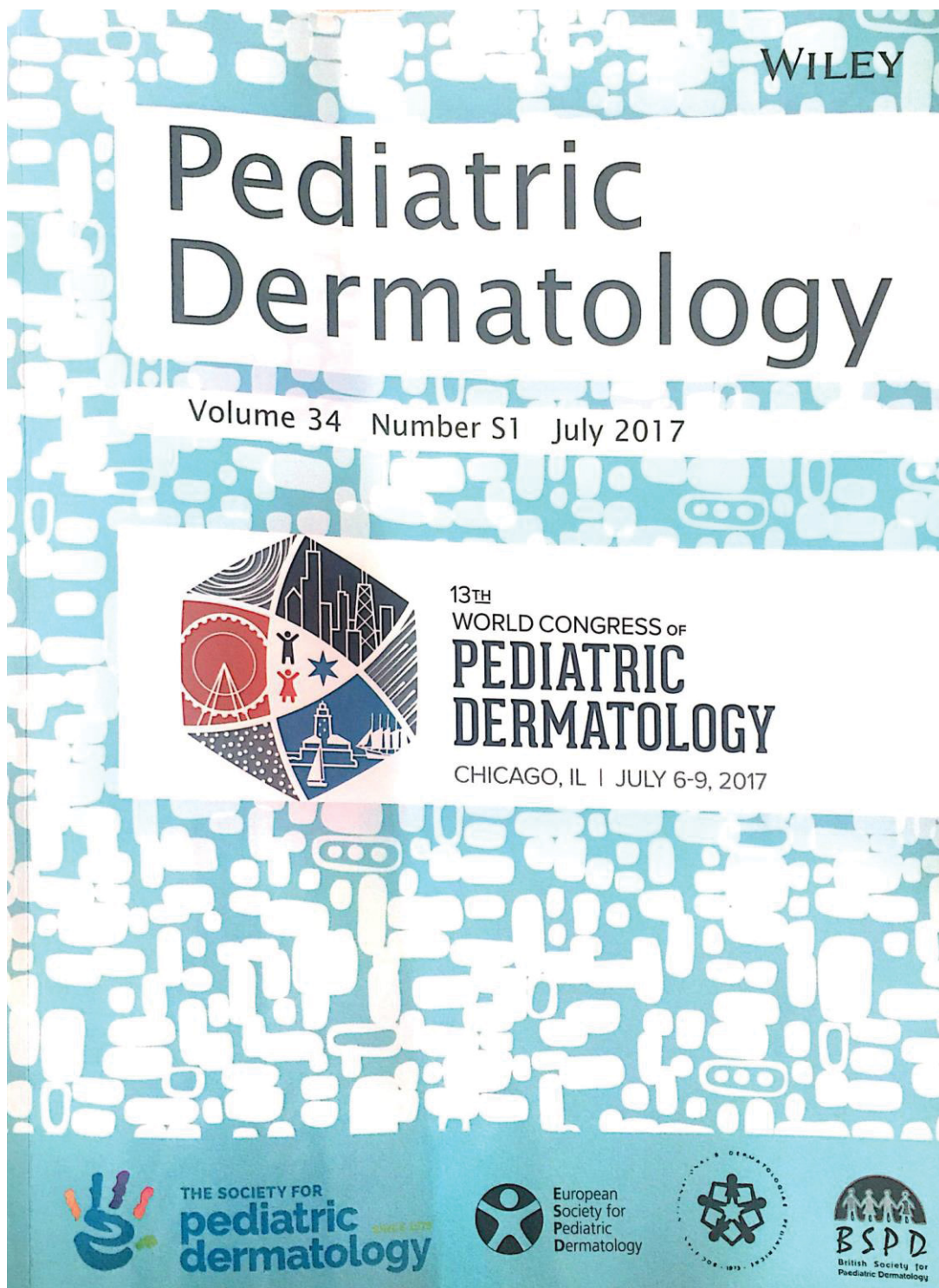
PARA USO EXCLUSIVO DO AVALIADOR – NÃO PREENCHA

TOTAL PARCIAL			
TOTAL			

Nº	R	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	AV																		
	S																		
Nº	R	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
	AV																		
	S																		

Gene ro		Ida de		Série	
------------	--	-----------	--	-------	--

PRODUÇÃO ACADÊMICA 1 – RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 13TH
WORLD CONGRESS OF PEDIATRIC DERMATOLOGY



P-028**RISK FOR MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATOPIC DERMATITIS**M. Muzzolon¹, V.O.D. Carvalho²¹Child and Adolescent Health – Pediatric Dermatology, UFPR – Universidade Federal Do Paraná, Brazil and ²Doctor in Child and Adolescent Health – Pediatric Dermatology, UFPR – Universidade Federal Do Paraná, Brazil

Background: Atopic dermatitis (AD) is a chronic and recurrent disease that affects body image, with difficulties in school, social and family adjustment, with more emotional and psychosocial problems compared to its peers. Layegh et al.¹ showed that 50% of children and adolescents with AD presented depressive symptoms and 11.7% had suicidal ideation. The Child Behavior Checklist (CBCL) - ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment)² is an instrument composed of scales with quantitative methods to assess emotional and social problems by age group, considered a risk for mental disorder (MD) when the score is ≥ 70 points. This study aims to identify emotional and psychosocial problems in children and/or adolescents with AD.

Methods: A prospective, cross-sectional study of 64 patients with the clinical criteria for AD of Hanifin and Rajka³ and who responded to the CBCL from May to December 2016. Patients were submitted to assessment of severity of the disease using the SCORAD⁴ index and classified as mild (score <25), moderate (≥ 25 to ≤ 50) or severe (> 50). Fisher's exact test, test for difference between proportions and Mann-Whitney test were used, considering the level of significance of 5% (Statistica 10.0[®]).

Results: 64 patients, median age 6.8 years, 61.8% of patients had CBCL score at risk level for MD. AD was classified as mild in 35 cases (54.7%), moderate in 24 (37.5%) and severe in 05 (8.0%). There was a higher frequency of MD risks in this sample than in the general population estimated by Fontes Neto⁵ for Thought Problems (68.8% versus 4.0% 5, $p < 0.001$) and Anxiety/Depression (37.5% versus 12.0% 5, $p = 0.01$). The estimated risk of patients with AD having Thought Problems was 17.5 (95% CI = 2.6 - 32.3) while Anxiety/Depression was 3.0 (95% CI = 1.1 - 9.0). There was no higher risk for MD according to the severity of AD ($p = 0.34$).

Conclusions: AD increased the risk of Problems of Thought and Anxiety/Depression. No association was observed with the severity of the disease, although studies with a larger number of patients are required.

Bibliographic References: ¹ Layegh, P.; Arshadi H. R.; Shahriari, S.; e Nahidi, Y. A comparative study on the prevalence of depression and suicidal ideation in dermatology patients. *Iranian Journal of Dermatology*, 2010; 13 (4), 106-11.

² Achenbach, T. M. Manual for the Child Behavior Checklist profile. Burlington: University of Vermont, 1991.

³ Hanifin, JM, Rajka, G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*.1980;92:44-47.

⁴ Oranje A, Glazenburg E, Wolkerstorfer A, Waard Van Der Spek D. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three item severity score. *British Journal of Dermatology* 2007;157(4):645-48.

⁵ Fontes Neto, P. T. L., Weber, M. B., Fortes, S. D., Cestari, T. F., Escobar, G. F., Mazoti, N., Barzenski, B., Silva, T. L., Soirefmann, M., Pratti, C. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, V.03, p. 279- 291, 2005.

PRODUÇÃO ACADÊMICA 2 – RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 38º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA



Trabalhos Científicos

Título: Risco Para Transtornos Mentais Em Crianças E Adolescentes Com Dermate Atópica

Autores: MARIANA MUZZOLON (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ); VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ); SANDRA REGINA BAGGIO MUZZOLON (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ); MÔNICA NUNES LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Resumo: A dermatite atópica (DA) é uma doença crônica e recidivante, que afeta a imagem corporal, ocasionando problemas emocionais e psicossociais comparados com seus pares. Catal et al. (2016) avaliaram que 68,8% das crianças com DA apresentaram pelo menos um diagnóstico psiquiátrico. O Child Behavior Checklist – ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) CBCL (1991) é um instrumento composto por escalas com métodos quantitativos para avaliar problemas emocionais e sociais, considerado risco para Transtorno Mental (TM) quando o escore é ≥ 70 pontos. Objetivo: identificar problemas emocionais e sociais em crianças e/ou adolescentes com DA. Métodos: Estudo caso-controle, transversal, prospectivo de 100 pacientes com DA, com os critérios clínicos para DA de Hanifin e Radjka (1980) e 50 irmãos sem o diagnóstico clínico de DA que responderam ao CBCL no período de maio de 2016 a abril de 2017. Os pacientes foram submetidos à avaliação da gravidade da dermatose por meio do índice de SCORAD (2007) e classificada: leve (pontuação < 25), moderada (≥ 25 a ≤ 50) ou grave (> 50). Foram aplicados os testes Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e testes de Mann-Whitney, considerando o nível de significância de 5% (Statistica 10.0 ®). Resultados: Participaram 100 pacientes e 50 irmãos e havia nível de risco para TM pelo CBCL em 63% dos pacientes e 36% dos irmãos ($p=0,01$). Houve maior frequência de riscos para TM nos pacientes com DA comparando com seus irmãos para os Problemas de Pensamento (49,1% versus 20,0%, $p < 0,001$) e Problemas de Sono (60,5% versus 11,76%, $p < 0,001$). A gravidade da dermatite atópica não interferiu no risco para TM ($p=0,86$). Conclusão: DA aumentou o risco de Problemas de Pensamento e Problemas de Sono. Não foi observada associação com a gravidade da doença.

PRODUÇÃO ACADÊMICA 3 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 38º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA



Trabalhos Científicos

Título: Influência De Uma Intervenção Educativa Na Qualidade De Vida De Crianças Com Dermatite Atópica

Autores: MARIANA CANATO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ); ANA PAULA BOGUCHEWSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ); LUANA MAYARA DALMAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ); FERNANDA LOUISE SCHMIDLIN NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ); MARIANA MUZOLON (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ); KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ); VANIA OLIVEIRA DE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Resumo: Objetivo: A dermatite atópica (DA) é uma doença crônica e recidivante com lesões eczematosas pruriginosas e afeta a qualidade de vida (QV) da criança. Objetivou-se avaliar a influência de UMA intervenção educativa (IE) na gravidade da DA e na QV dos pacientes. Métodos: Ensaio clínico controlado não randomizado incluindo pacientes de até 14 anos com diagnóstico de DA que consultaram entre novembro de 2016 e abril de 2017 em serviço de nível terciário. As crianças e seus responsáveis foram convidados a participar da IE, além de receberem orientações sobre a doença e tratamento. Foram definidos dois grupos: Grupo Controle (GC) – receberam orientação na consulta e Grupo Estudo (GE) – participaram também da IE. A gravidade da doença foi avaliada pelo SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) e a QV, através dos questionários Infant's Dermatitis Quality of Life Index, Children's Dermatology Life Quality Index e Dermatitis Family Impact Questionnaire. Todos validados para a língua portuguesa. As avaliações foram realizadas na inclusão e após 2 meses. Resultados: Foram avaliadas 21 crianças (10 no GE e 11 no GC) e seus responsáveis. A mediana do SCORAD na primeira avaliação foi 29,4 (6,2–54,8). Houve diminuição na avaliação do SCORAD antes e depois da IE no GE (38,2 para 25,2; $p=0,05$); já, no GC, não houve diferença entre a primeira e segunda avaliação (23,1 para 22,8; $p=0,47$). A mediana da QV da criança no GE foi de 5,5 antes da IE e 2,5 após ($p=0,05$), enquanto no GC, foi de 8 na primeira avaliação e 7 na segunda ($p=0,21$). A QV da família no GE foi de 9 para 4 ($p=0,06$) e no GC foi de 9 para 7 ($p=0,26$). Conclusão: Apesar da amostra reduzida, a IE leva à diminuição da gravidade da doença e melhora da QV da criança e da família.

**PRODUÇÃO ACADÊMICA 4 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DA 9ª
SEMANA INTEGRADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ**

ISBN: 978-86-88824-24-8



Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão

9ª SIEPE | 25º EVINCI | 10º EINTI | 16º ENAF | 16º ENEG

Incertezas em tempos de crise:

a Universidade como espaço de debate

ANAIS 9ª SIEPE 2017

02 a 04 de outubro de 2017
CURITIBA

05 e 06 de outubro de 2017
JANDAIA DO SUL E PALOTINA



Nº 2017434

Título: CLUBE DA DERMATITE**Autoria:** VANIA OLIVEIRA DE CARVALHO**Coautoria:** KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE, MARIANA MUZZOLON, ANA CAROLINA BARCELLOS, ARIANNE MARIS MUNHOZ CRETILLA, MARCELA CAROLINA BET, SUZANE PASQUAL, THAIS DOS SANTOS ROHDE**Programa Institucional:** Projeto de Extensão**Programa/Projeto:** CLUBE DA DERMATITE**Setor:** Setor de Ciências da Saúde**Área temática:** Biologia e Saúde

A dermatite atópica (DA) é uma doença caracterizada por lesões eczematosas associadas a prurido. Apresenta evolução crônica e é classificada em leve, moderada e grave. Exerce impacto na qualidade de vida (QV) pelo o caráter recidivante, prurido e perturbação do sono. Para avaliar a QV podem ser utilizados questionários como o Índice de Qualidade de Vida da Dermatite Atópica em Crianças e o Impacto da Dermatite Atópica na Família. Amaral, March e Sant'Anna em 2012 avaliaram 50 crianças com diagnóstico de DA e 50 pais, em estudo transversal e houve impacto moderado na QV em 38% e impacto grave em 34%. Atividades educacionais, realizadas além da consulta médica, para fornecer informações sobre os cuidados para controle da doença melhoram a adesão ao tratamento, diminuem da gravidade da doença e melhoram a QV dos pacientes. Este projeto objetiva melhorar a QV dos pacientes com DA por meio de uma intervenção educativa. Até o momento foi realizada uma reunião e pretende-se realizar reuniões mensais de duas horas com os participantes. Os pacientes foram convidados a participar nas consultas no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital de Clínicas. Os pais participaram de uma palestra com orientações sobre a DA. Para estimular a discussão entre os participantes foi realizada a roda de conversa sobre o tema e questionadas as impressões dos pais e cuidadores sobre a doença de seus filhos. As atividades foram mediadas pelos participantes do projeto. Ao mesmo tempo as crianças assistiram a uma dramatização sobre a DA. Nessa peça de teatro com bonecos os cuidados com a pele foram abordados de forma lúdica. No final da peça as crianças desenharam suas impressões sobre a reunião. O projeto inclui uma pesquisa com avaliação da gravidade da doença e QV com aplicação de questionários específicos. Esta avaliação foi realizada também depois de 2 meses da participação nas reuniões a fim de verificar influência na QV dos participantes. Esperamos que ocorra melhor entendimento da DA por parte dos pais e das crianças, com maior adesão as medidas terapêuticas. Os alunos da extensão e professores poderão aprimorar o conhecimento sobre DA e o relacionamento com os pacientes de forma humana, compreendendo as dificuldades enfrentadas pelas famílias. Ao término do projeto esperamos concluir que as participações nas atividades permitiram melhora na qualidade de vida das crianças e no atendimento das famílias de forma global e ainda uma consulta mais humanizada.

Palavras chave: intervenção educativa, dermatite atópica, Qualidade de Vida

PRODUÇÃO ACADÊMICA 5 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 2º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA



Jornal
Paranaense de
Pediatria

Ano 19 - Edição Especial - DERMAPED 2 - Abril de 2018 - ISSN 1676-0166



DERMAPED²

2º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA
Curitiba - ABRIL 2018

P.18 - INFLUÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA E NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES E CUIDADORES

MARIANA CANATO; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO; LUANA MAYARA DALMAS; ANA PAULA BOGUCHEWSKI; FERNANDA LOUISE SCHMIDLIN NASCIMENTO; DANIELLE ARAKE ZANATT A; NARA FROTA ANDRÉ; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; MARIANA MUZZOLON; KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Objetivo: avaliar a influência de uma intervenção educativa na gravidade da DA e na QV da criança e de seus cuidadores.

Materiais e Métodos: ensaio clínico controlado, não randomizado, incluindo crianças de até 14 anos com diagnóstico de DA que acompanhavam em um hospital de nível terciário. Foram definidos dois grupos: Grupo Controle (GC) - recebia orientações sobre DA durante a consulta ambulatorial - e Grupo Estudo (GE) - além das orientações, participou da intervenção. A gravidade da DA foi avaliada pelo SCORAD (*Scoring of Atopic Dermatitis*) e pelo EASI (*Eczema Area and Severity Index*). A QV foi mensurada por questionários validados para o português *Infant's Dermatitis Quality of Life Index*, *Children's Dermatology Life Quality Index* e *Dermatitis Family Impact Questionnaire*. Quanto maior o valor total dos questionários, pior era a QV. Os participantes foram avaliados no dia em que foram incluídos no estudo e após 5 meses.

Resultados: foram incluídas 27 participantes no GC e 21 no GE. A mediana da QV dos pacientes no GE era de 8 (0-16) e diminuiu para 5 (0-13) após a intervenção educativa ($p=0,04$); já no CG era de 6 (3-20) e permaneceu 6 (1-27) na segunda avaliação ($p=0,88$). A QV dos cuidadores no GE era 8 (0-21) e decresceu para 6 (0-19) ($p=0,04$), enquanto no GC era de 7 (0-26) e permaneceu 7 (0-22) ($p=0,32$). O EASI diminuiu de 3,3 (0,4-20) para 3,2 (0-17,4) no GE ($p=0,04$) e no CG obteve uma diferença não significativa de 2,2 (0-24) para 1,8 (0-38,8). ($p=0,88$). O SCORAD diminuiu de 29 (6,2- 54,8) para 24,1 (0-49,5) no GE ($p=0,04$), e no GC foi de 24,4 (10,2-60,5) para 22,8 (0-49,5) ($p=0,82$).

Conclusão: a intervenção educativa proporcionou melhora da QV dos participantes e diminuição da gravidade da doença.



PRODUÇÃO ACADÊMICA 6 - RESUMO APRESENTADO NOS ANAIS DO 2º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA



Jornal
Paranaense de
Pediatria

Ano 19 - Edição Especial - DERMAPED 2 - Abril de 2018 - ISSN 1676-0166



DERMAPED²

2º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA
Curitiba - ABRIL 2018

P.32 - AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA

MARIANA MUZZOLON; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO; MÔNICA LIMA NUNES CAT; SANDRA REGINA BAGGIO MUZZOLON; KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE; MARIANA CANATO; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIA; DANIELLE ARAKE ZANATTA; NARA FROTA ANDRÉ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Objetivo: estimar a prevalência de risco para Transtornos Mentais (TM) em crianças com Dermatite Atópica (DA) e compará-la com a prevalência de risco para TM em seus irmãos saudáveis.

Método: estudo caso-controle, transversal, prospectivo, com aplicação de instrumentos de avaliação de risco para TM em pacientes pediátricos com DA e em seus irmãos no período de setembro de 2016 a setembro de 2017. A gravidade da doença foi determinada conforme os índices Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) e Eczema Area and Severity Index (EASI). O instrumento de avaliação utilizado para avaliar risco para TM foi o Child Behavior Checklist (CBCL). Foram aplicados os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney, Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e Exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5.

Resultados: participaram do estudo 100 crianças com DA e 50 irmãos saudáveis. A prevalência de risco para TM nos participantes com DA foi de 63,0 e nos irmãos saudáveis de 36,0 ($p=0,01$). Houve maior frequência de riscos para TM nos participantes com DA em comparação aos seus irmãos para Problemas de Sono (60,5 versus 11,76; $p=0,001$), Problemas de Pensamento (49,1 versus 20,0; $p=0,001$) e Queixas Somáticas (16,0 versus 4,0; $p=0,03$). Problemas de Socialização/Bullying também foram mais frequentes nos participantes com DA em comparação aos irmãos (33,0 versus 4,0; $p=0,0001$). Crianças com DA moderada/grave tiveram maiores riscos para TM em comparação aos com DA leve, tanto pelo índice SCORAD para Reatividade Emocional (31,3 versus 3,8; $p=0,02$) quanto pelo EASI para Problemas de Sono (100,0 versus 37,0; $p=0,001$).

Conclusão: risco para TM foi maior nos participantes com DA em comparação aos irmãos. Foi observada associação com a gravidade da doença. A frequência de risco para TM nos irmãos saudáveis foi menor em comparação aos participantes com DA, porém, maior comparado a população pediátrica brasileira.



PRODUÇÃO ACADÊMICA 7 – ARTIGO REFERENTE À DISSERTAÇÃO DE MESTRADO A SER SUBMETIDO AO PERIÓDICO JORNAL DE PEDIATRIA

TÍTULO: RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA E SEUS IRMÃOS SAUDÁVEIS

TITLE: RISK FOR MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATOPIC DERMATITIS AND THEIR HEALTHY SIBLINGS

SHORT TITLE: TRANSTORNOS MENTAIS E DERMATITE ATÓPICA

Mariana Muzzolon¹, Vânia O. de Carvalho², Sandra R. B. Muzzolon³, Mônica N. L. Cat⁴

¹ Psicóloga e Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR)

e-mail: muzzolon.mariana@gmail.com

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0996274804952508>

Participou do estudo na concepção e desenho da pesquisa, revisão da literatura e redação do manuscrito.

² Pediatra e Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR)

e-mail: rcarvalho50@hotmail.com

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8880117837059225>

Participou do estudo na concepção e desenho da pesquisa, revisão da literatura, redação do manuscrito e revisão crítica do artigo quanto ao conteúdo intelectual.

³ Psicóloga e Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR)

e-mail: sandramuzzolon.ufpr@gmail.com

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2342407604574864>

Participou do estudo na concepção, desenho da pesquisa e revisão crítica do artigo quanto ao conteúdo intelectual.

⁴ Pediatra e Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná (UFPR)

e-mail: monica.lima.ufpr@gmail.com

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4865545502891277>

Participou do estudo na *análise* e interpretação dos dados, *análise estatística* e revisão crítica do artigo quanto ao conteúdo intelectual.

Declaração de conflito de interesse: nada a declarar.

Fonte financiadora: bolsa de mestrado CNPQ para a autora Mariana Muzzolon

Definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE: Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR.

Autor responsável pela correspondência:

Mariana Muzzolon

Rua Petit Carneiro, 1083, ap.401. Água Verde, CEP: 80240-050, Curitiba/PR

+55 (41) 99787-8616

muzzolon.mariana@gmail.com

Autor responsável pelo contato pré-publicação:

Mariana Muzzolon

Rua Petit Carneiro, 1083, ap.401. Água Verde, CEP: 80240-050, Curitiba/PR

+55 (41) 99787-8616

muzzolon.mariana@gmail.com

Contagem total das palavras do texto: 2.794

Contagem total das palavras do resumo: 245

Número de tabelas: duas (2)

Número de gráficos: 0

Curitiba, 10 de julho de 2018

Título do manuscrito: RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA E SEUS IRMÃOS SAUDÁVEIS

Os autores do artigo acima asseguram que:

- a) O artigo é original.
- b) Nunca foi publicado e não será publicado em outra revista.
- c) Todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e de sua redação ou revisão crítica.
- d) Todos os autores leram e aprovaram a versão final.
- e) Não foram omitidas informações sobre quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo.
- f) Todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos, para o que forneceram autorização por escrito.
- g) Reconhecem que a Sociedade Brasileira de Pediatria passa a ter os direitos autorais quando o artigo for publicado.

Mariana Muzzolon

RESUMO

Objetivo:

Determinar a frequência de risco para Transtornos Mentais (TM) em crianças e adolescentes com Dermatite Atópica (DA) e compará-la com a frequência de risco para TM em seus irmãos saudáveis.

Método:

Estudo transversal, prospectivo, com aplicação de instrumento de avaliação de risco para TM em pacientes pediátricos com diagnóstico de DA e em seus irmãos saudáveis no período de julho de 2016 a junho de 2018. O instrumento utilizado para avaliar risco para TM foi o *Child Behavior Checklist* (CBCL). Foram aplicados os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney, Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e Exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5%.

Resultados:

Participaram do estudo 100 crianças e adolescentes com DA e 50 irmãos saudáveis. A frequência de risco para TM nos participantes com DA foi de 63,0% e nos irmãos saudáveis de 36,0% ($p < 0,01$). A frequência foi maior nos participantes com DA em comparação aos seus irmãos para as síndromes “Problemas de Sono” (60,5% *versus* 12,5%; $p < 0,01$), “Problemas de Pensamento” (49,1% *versus* 20,6%; $p < 0,01$) e “Queixas Somáticas” (16,0% *versus* 4,0%; $p = 0,03$). Preocupações parentais acerca da Socialização/*Bullying* também foram mais frequentes nos participantes com DA em comparação aos irmãos (33,0% *versus* 4,0%; $p < 0,0001$).

Conclusão:

Crianças e adolescentes com DA apresentam elevada frequência de risco para TM. Os irmãos saudáveis dessas crianças e adolescentes também apresentam comprometimento em sua saúde mental, porém, com menor frequência de risco em comparação aos seus irmãos com DA, contudo, maior do que o esperado na população pediátrica geral.

Palavras-chave: Transtornos Mentais; Dermatite Atópica; Crianças e Adolescentes.

ABSTRACT

Objective:

To determine the risk frequency for Mental Disorders in children and adolescents with Atopic Dermatitis (AD) and to compare it with the frequency of Mental Disorders risk in their healthy siblings.

Method:

Cross-sectional, prospective study with application of a risk assessment instrument for Mental Disorders in pediatric patients with AD and their siblings from July 2016 to June 2018. The evaluation instrument used to assess risk for Mental Disorders was the Child Behavior Checklist (CBCL). The Wilcoxon-Mann-Whitney, Pearson's Chi-square test with Yates correction and Fisher's exact test were used, considering a significance level of 5%.

Results:

100 children and adolescents with AD and 50 healthy siblings participated in the study. The risk frequency for Mental Disorders in participants with AD was 63.0% and in healthy siblings 36.0% ($p < 0.01$). The frequency was higher in participants with AD compared to their siblings for "sleep problems" (60.5% versus 12.5%, $p < 0.01$), "thinking problems" (49.1% vs. 20.6%, $p < 0.01$) and "somatic complaints" (16.0% versus 4.0%, $p = 0.03$). Parental concerns about Socialization / Bullying were also more frequent in participants with AD compared to siblings (33.0% vs. 4.0%, $p < 0.0001$).

Conclusion:

Children and adolescents with AD present a high frequency of Mental Disorders risk. The healthy siblings of these children and adolescents also present a compromise in their mental health, but less frequent risk compared to their siblings with AD, however, higher than expected in the pediatric population.

Keywords: Mental Disorders; Atopic Dermatitis; Children and Adolescents.

INTRODUÇÃO

A Dermatite Atópica (DA) é uma doença cutânea, inflamatória, crônica e recidivante, de gravidade variável, prevalente na população pediátrica e caracterizada por prurido e lesões eczematosas. As manifestações clínicas variam de formas leves e localizadas até formas graves e disseminadas.¹ A prevalência da DA tem aumentado de forma constante, afetando 7,9% das crianças entre 6 e 7 anos e 7,3% dos adolescentes entre 13 e 14 anos em todo o mundo.²

Nesta doença ocorre predisposição genética e alteração da barreira cutânea, em mais de 50,0% dos casos há associação com outras doenças crônicas, principalmente asma e rinite alérgica.³ Na fisiopatologia há interação de fatores genéticos, ambientais e imunológicos. Entre os fatores desencadeados das crises destacam-se fatores psico-neuro-imunológicos e estresse emocional.⁴

Os sintomas da DA interferem na Qualidade de Vida (QV) dos pacientes e de seus familiares, principalmente pelo prurido intenso, aparência inestética das lesões, perturbações do sono e gastos com o tratamento.⁵ A Saúde Mental das crianças e adolescentes com DA vem sendo alvo de estudos em vários países e tem-se observado que esta doença pode contribuir para o desenvolvimento de Transtornos Mentais (TM).⁶⁻⁷⁻⁸

Na Espanha, foram avaliadas 80 crianças com DA e 68,8% destas foram identificadas com algum tipo de TM.⁸ Nos EUA, dados sobre a saúde de 92.642 crianças com e sem o diagnóstico de DA evidenciaram que as crianças com DA têm maior prevalência de Transtorno Depressivo, Ansiedade, Transtorno de Conduta, Autismo e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) quando comparadas com os seus pares não afetados pela doença.⁷ No Brasil, foi encontrada frequência de risco para TM em 77,8% das crianças com DA.⁹

Irmãos de crianças e adolescentes com doenças crônicas também podem apresentar comprometimento em sua saúde mental, com duas a três vezes mais risco do que a população geral para problemas comportamentais e psicológicos,¹⁰⁻¹¹ porém, até a presente data, não há publicações sobre a avaliação da saúde mental de irmãos saudáveis de crianças e adolescentes com DA.

A alta frequência de TM na faixa etária pediátrica demanda do profissional da saúde a utilização de técnicas de auxílio na identificação da necessidade de avaliação e tratamento em Saúde Mental. Uma alternativa para o profissional aperfeiçoar suas habilidades na identificação e, por consequência, o encaminhamento precoce de crianças e/ou adolescentes com indicativos de TM, é o uso de escalas validadas, como por exemplo, o *Child Behavior Checklist* (CBCL).¹² Trata-se de um questionário amplo, considerado padrão ouro, a ser respondido por pais e/ou responsáveis e baseia-se nas atividades de rotina, relações familiares e sociais, fornecendo uma análise do perfil emocional, social e comportamental da criança e/ou do adolescente.

Desta forma, este estudo tem por objetivo determinar o risco para TM em crianças e adolescentes com DA e compará-lo com a frequência de risco para TM em seus respectivos irmãos sem o diagnóstico da doença.

MÉTODOS

O estudo foi transversal e avaliou a frequência de risco para TM em crianças e adolescentes com DA e seus respectivos irmãos saudáveis, com coleta de dados prospectiva no período de setembro de 2016 a setembro de 2017. Para seleção dos participantes foi utilizada uma amostra do tipo não probabilística, de conveniência e sistematizada. Foram selecionadas todas as crianças e adolescentes que preencheram os critérios clínicos de DA (Grupo Dermatite Atópica - GDA) conforme a classificação de Hanifin e Radjka,¹³ atendidos nas segundas e sextas-feiras à tarde no Serviço de Dermatologia Pediátrica de um hospital de nível terciário. Para avaliação do Grupo Irmãos Saudáveis (GI) foram incluídos irmãos saudáveis e sem o diagnóstico clínico de DA e outras doenças crônicas graves. Foram excluídas crianças e adolescentes com diagnóstico prévio de TM e em acompanhamento por doenças psiquiátricas.

Para a avaliação de risco para TM foi aplicado o instrumento CBCL, validado para o português.¹² O CBCL, em duas versões (pré-escolares - entre 1 ano e meio a 5 anos de idade / escolares - entre 6 a 18 anos de idade) é indicado para a avaliação de crianças e adolescentes, sendo respondidos pelos pais e/ou responsáveis. A versão do CBCL destinado a crianças entre 1 ano e meio e 5 anos de idade possui temas específicos da faixa etária pré-escolar e é composta por 100 questões que avaliam as seguintes síndromes: “Reatividade Emocional”, “Ansiedade/Depressão”, “Isolamento” e “Queixas Somáticas”, que agrupadas são denominadas de Problemas Internalizantes. “Problemas de Atenção” e “Comportamento Agressivo” são agrupadas como Problemas Externalizantes. A síndrome “Problemas de Sono” é avaliada separadamente. A versão do CBCL utilizada para avaliar escolares entre 6 e 18 anos é composta por 113 questões que são classificadas em oito síndromes, sendo que “Ansiedade/Depressão”, “Isolamento” e “Queixas Somáticas” são denominadas como Problemas Internalizantes; “Comportamento de Quebra Regras” e “Comportamento Agressivo” agrupam-se como Problemas Externalizantes. As síndromes “Problemas Sociais”, “Problemas de Pensamento” e “Problemas de Atenção” são avaliadas separadamente.

O CBCL é composto por questões que devem ser pontuadas como “não é verdadeiro/ausente” (escore = 0), “algumas vezes/um pouco verdadeiro” (escore = 1), “frequentemente verdadeiro” (escore = 2) para os últimos seis meses, a contar da data do preenchimento. A somatória dos escores é convertida em T escores de acordo com análises apropriadas para sexo e idade. Um T escore abaixo de 64 é considerado Normal, entre 65 e 69, Limítrofe e igual ou acima de 70, Clínico.

Foram aplicados os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney, Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e Exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

RESULTADOS

Participaram do estudo 100 crianças e adolescentes com diagnóstico clínico de DA (GDA) e 50 irmãos saudáveis (GI).

O GDA foi composto por 45 (45,0%) participantes do sexo masculino e 55 (55,0%) do sexo feminino, com idade, em mediana de 79,5 meses (18,0 a 176,0 meses). A presença de risco de pelo menos um TM classificado pelo CBCL foi observada em 63,0% neste grupo. Problemas Internalizantes foram observados em 42,0% dos casos, representado principalmente pela Síndrome “Ansiedade/Depressão” (25,0%). Problemas Externalizantes foram observados em 30,0% no GDA. A síndrome “Problemas de Sono” foi a mais observada nesta população, constituindo 60,5% da amostra, em seguida, a síndrome “Problemas de Pensamento” (49,1%).

O GI foi composto por 30 (60,0%) participantes do sexo masculino e 20 (40,0%) do sexo feminino, com idade mediana de 98,5 meses (19,0 a 210,0 meses). A presença de risco de pelo menos um TM classificado pelo CBCL foi observada em 36,0% deste grupo. A síndrome “Comportamento de Quebra-Regras” foi observada neste em 26,5% da amostra, Problemas Internalizantes em 24,0% dos casos e Problemas Externalizantes em 22,0%.

A frequência das síndromes do CBCL nos participantes do GDA foi maior quando comparada ao GI para “Queixas Somáticas” (16,0% versus 4,0%; $p = 0,03$), “Problemas de Sono” (60,5% versus 12,5%; $p < 0,01$), “Problemas de Pensamento” (49,1% versus 20,6%; $p = 0,01$) e “Total de Problemas” (63,0% versus 36,0%; $p < 0,01$) (tabela 1). O risco para “Problemas de Sono” mais do que dobrou nos participantes do GDA em comparação aos do GI ($RR = 2,86$; $IC\ 95\% = 1,18 = 6,92$).

As respostas para a pergunta aberta do CBCL “Qual é a sua maior preocupação em relação ao (a) seu (sua) filho (a)?” foram categorizadas e estão apresentadas na tabela 2. Em relação as preocupações parentais do GDA, sintomas relativos a doença como as relacionadas ao prurido, aparência das lesões, cronicidade e gastos com o tratamento foram os mais frequentes (46,0%). Problemas de Socialização/*Bullying* foram relatados em 33,0% dos casos, incluindo agressões físicas, verbais e exclusão social. Problemas relacionados ao sono em 19,0% dos casos, tendo como principal queixa o prurido noturno. Em 16,0% dos casos, pais relataram estresse na hora dos cuidados com a pele. Desempenho acadêmico ruim foi citado por 15,0% dos participantes, descritos principalmente pelo medo de reprovação e pela falta de atenção das crianças e/ou adolescentes em sala de aula. Sentimentos relacionados a tristeza foram relatados por 13,0%. Timidez por 12,0%, incluindo dependência afetiva dos pais e dificuldades em se relacionar com os pares. Outras preocupações totalizaram 8,0% dos casos.

Quanto ao GI, desempenho escolar ruim foi descrito por 20,0% dos pais, principalmente falta de motivação em relação aos estudos e dificuldades de aprendizagem. Os pais relataram estresse em 14,0% das crianças, especialmente durante as tarefas domésticas e acadêmicas. Tristeza foi relatada por 12,0% e a presença de enfermidades leves em 10,0% dos casos.

TABELA 1 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAL, LÍMITROFE E CLÍNICO PARA AS SÍNDROMES DO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS

GDA				GI				
Síndromes (n)	Normal n (%)	Limitrofe n (%)	Clínico n (%)	Síndromes (n)	Normal n (%)	Limitrofe n (%)	Clínico n (%)	p*
R. Emocional (43)	23 (53,5%)	14 (32,5%)	6 (14,0%)	R. Emocional (16)	12 (75,0%)	3 (18,7%)	1 (6,3%)	0,66 ²
Ans/Depr. (100)	55 (55,0%)	20 (20,0%)	25 (25,0%)	Ans/Depr. (50)	31 (62,0%)	10 (20,0%)	9 (18,0%)	0,60 ¹
Isolamento (100)	74 (74,0%)	10(10,0%)	16 (16,0%)	Isolamento (50)	40 (80,0%)	5 (10,0%)	5 (10,0%)	0,60 ¹
Q. Somáticas (100)	78 (78,0%)	6 (6,0%)	16 (16,0%)	Q. Somáticas (50)	41 (82,0%)	7 (14,0%)	2 (4,0%)	0,03²
P. Sono (43)	14 (32,5%)	3 (7,0%)	26 (60,5%)	P. Sono (16)	12 (75,0%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	<0,01²
P. Atenção (100)	59 (59,0%)	21 (21,0%)	20 (20,0%)	P. Atenção (50)	34 (68,0%)	11 (22,0%)	5 (10,0%)	0,29 ¹
C. Agressivo (100)	62 (62,0%)	18 (18,0%)	20 (20,0%)	C. Agressivo (50)	34 (68,0%)	6 (12,0%)	10 (20,0%)	0,62 ¹
P. Sociais (57)	26 (45,6%)	13 (22,8%)	18 (31,6%)	P. Sociais (34)	22 (64,8%)	6 (17,6%)	6 (17,6%)	0,19 ¹
P. Pensamento (57)	18 (31,6%)	11 (19,3%)	28 (49,1%)	P. Pensamento (34)	21 (61,8%)	6 (17,6%)	7 (20,6%)	0,01¹
C. Q-Regras (57)	37 (64,9%)	9 (15,8%)	11 (19,3%)	C. Q-Regras (34)	23 (67,5%)	2 (6,0%)	9 (26,5%)	0,44 ²
T. P. Inter (100)	37 (37,0%)	21 (21,0%)	42 (42,0%)	T. P. Inter (50)	24 (48,0%)	14 (28,0%)	12 (24,0%)	0,09 ¹
T.P. Exter. (100)	45 (45,0%)	25 (25,0%)	30 (30,0%)	T. P. Exter (50)	29 (58,0%)	10 (20,0%)	11 (22,0%)	0,31 ¹
T.P. (100)	21 (21,0%)	16 (16,0%)	63 (63,0%)	T. P. (50)	19 (38,0%)	13 (26,0%)	18 (36,0%)	<0,01¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; GI = Grupo Irmãos Saudáveis; R = Reatividade; Ans = Ansiedade; Depr = Depressão; Q = Queixas; P = Problemas; C = Comportamento; Q = Quebra; T = Total; Inter = Internalizantes; Exter = Externalizantes; ¹ Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates; ² Teste Exato de Fisher; ; * Comparação entre as frequências do escore Clínico

TABELA 2 – COMPARAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS EM RELAÇÃO A PERGUNTA ABERTA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* “QUAL É A SUA MAIOR PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO AO (A) SEU (SUA) FILHO(A)?” NO GRUPO DERMATITE ATÓPICA E NO GRUPO IRMÃOS SAUDÁVEIS

GDA		GI		
Preocupações (n)	n (%)	Preocupações (n)	n (%)	p
Sintomas DA (100)	46 (46,0%)	Enfermidades leves (50)	5 (10,0%)	<0,001¹
R. Sociais/ <i>Bullying</i> (100)	33 (33,0%)	R. Sociais/ <i>Bullying</i> (50)	2 (4,0%)	<0,001²
Sono (100)	19 (19,0%)	Sono (50)	3 (6,0%)	0,04²
Estresse (100)	16 (16,0%)	Estresse (50)	6 (12,0%)	0,51 ¹
D. Acadêmico (100)	15 (15,0%)	D. Acadêmico (50)	12 (24,0%)	0,17 ¹
Tristeza (100)	13 (13,0%)	Tristeza (50)	6 (12,0%)	0,86 ¹
Timidez (100)	12 (12,0%)	Timidez (50)	3 (6,0%)	0,38 ²
Outros (100)	8 (8,0%)	Outros (50)	5 (10,0%)	0,68 ¹

FONTE: O autor (2018)

NOTA: GDA = Grupo Dermatite Atópica; GI = Grupo Irmãos Saudáveis; R = Relações;

D = Desempenho; ¹ Teste qui-quadrado de Pearson com correção de Yates. ² Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

A frequência de risco para TM foi maior em crianças e adolescentes com DA quando comparados com seus irmãos saudáveis, estes dados concordam com a literatura que sugere que a DA pode contribuir para o desenvolvimento de TM⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶.

No presente estudo, 63,0% do GDA apresentou risco para TM, segundo o instrumento CBCL, apontando elevado índice para problemas emocionais, superior ao esperado para a faixa etária de acordo com estimativas da população pediátrica geral brasileira que é de 13,1%¹⁷. Semelhante ao descrito por Catal et al.⁸, que mensuraram, por meio do *Early Childhood Inventory-4* (ECI-4) que 68,8% das crianças com DA tinham pelo menos um diagnóstico psiquiátrico.

Entre as síndromes avaliadas, “Problemas de Sono” foi a mais observada (60,5%) no GDA. Resultados similares foram encontrados em outros estudos, como é o caso de Ridolo et al.,¹⁸ que avaliaram problemas relacionados ao sono em 62,3% das crianças com DA por meio do *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI). Esta frequência também se assemelha ao do estudo de Chamlim et al.,¹⁹ que avaliaram que distúrbios do sono estavam presentes em 60,0% dos pacientes pediátricos com DA e de Fishbein et al.,²⁰ que identificaram problemas de sono em 60,0% das crianças e adolescentes com DA, ambos por meio do *Children's Dermatology Life Quality Index* (CDLQI).

A segunda síndrome com maior frequência no GDA foi “Problemas de Pensamento”, observada em 49,1% da amostra e foi menor comparado ao GI. De acordo com os pais, seus filhos frequentemente apresentam pensamentos persistentes

devido à preocupação com a doença e seus efeitos. Muitos deles referiram que cutucam partes do corpo com frequência, tiram a pele que apresenta descamação ou eczema. A avaliação de “Problemas de Pensamento” na população pediátrica com DA foi determinada pelo CBCL em 25 crianças com diagnóstico de DA e 25 sem o diagnóstico da doença. As crianças com DA foram descritas como mais preocupadas e rígidas em seus pensamentos em comparação ao grupo controle (32,0% *versus* 4,0%, respectivamente).²¹ É possível que a complexidade de detalhes no manejo diário da DA, bem como a falta de estratégias emocionais da criança e/ou adolescente para lidar com a doença, levem a repetição de pensamentos e atos que são caracterizados por esta síndrome.

Neste estudo, foi observado que 25,0% do GDA apresentou risco para “Ansiedade/Depressão”. Resultados similares foram encontrados no estudo de Slaterry et al.²² que diagnosticaram Transtorno de Ansiedade em 26,0% da população pediátrica com DA por meio do *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL). Já no estudo de Catal et al.⁸, a frequência de ansiedade foi de 13,0%. A divergência entre estes estudos pode decorrer do uso de diferentes instrumentos (CBCL; K-SADS-PL e ECI-4) e pelas diferentes faixas etárias avaliadas (1 ano e meio - 14 anos; 13 - 17 anos e 3 - 5 anos), respectivamente, além de que no presente estudo foram utilizados critérios de risco para TM e no estudo de Slaterry et al.²² e Catal et al.,⁷ critérios diagnósticos.

Em 33,0% dos casos do GDA foi relatado que as crianças e/ou adolescentes sofrem violência física/verbal (*bullying*) e em 31,6% dos casos foi observado “Problemas Sociais”. Em 16,0% do GDA foi constatado sinais de “Isolamento”, sendo identificados principalmente pelas afirmativas de preferirem estar sozinhos a ficarem em companhia de outros, que são reservados e que guardam seus pensamentos e sentimentos apenas para si mesmo. Em concordância com estudos que afirmam que crianças e adolescentes com DA sofrem com o isolamento social e rejeição dos pares²²⁻²³⁻²⁴.

Outro TM com alta frequência na população com DA é o TDAH⁶⁻⁷⁻⁸⁻¹⁵⁻²⁵. O instrumento utilizado no presente estudo não avalia o TDAH, porém, rastreia alguns sintomas relacionadas a hiperatividade e desatenção, que estão agrupados na Síndrome “Problemas de Atenção”. Esta síndrome foi observada em 20,0% no GDA, identificada principalmente pelas questões: “não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento muito tempo”, “não consegue ficar sentado (a), é irrequieto (a) ou hiperativo (a)” e “desatento (a) ou distrai-se facilmente”. Estes resultados são similares ao estudo de Catal et al.⁸, que identificaram que 23,8% das crianças com DA tinham o diagnóstico de TDAH e em menor frequência com o estudo de Yaghmaie et al.,⁷ que diagnosticaram TDAH em 12,6% das crianças com DA.

A dificuldade para descrever sentimentos também pode se manifestar por meio da expressão das emoções em dores físicas. Fonseca et al.,²⁶ em estudo com 519 escolares entre 7 e 13 anos de idade, utilizando o *Children’s Depression Inventory* (CDI) encontrou queixas frequentes relacionadas a cefaleia, dor abdominal, náuseas e cansaço sem causa orgânica relacionada. No presente estudo, “Queixas Somáticas”

foram observadas em 16,0% dos casos, refletindo provavelmente que estas são formas comuns de expressão dos sentimentos na infância.

Outra síndrome avaliada neste estudo foi a “Reatividade Emocional”, que é caracterizada pela criança apresentar frequentes mudanças de humor ou de sentimentos; ter reações de pânico inesperadas; ser muito preocupada e ficar perturbada com mudanças na rotina ²⁷, que pode ser visto tanto como uma característica própria da criança em idade pré-escolar ou como um alerta da sobrecarga dos sintomas da DA em crianças. No presente estudo, 16,0% dos participantes do GDA apresentaram escore em nível clínico para esta síndrome.

A frequência de “Comportamento Agressivo” no GDA foi de 20,0%, caracterizada por comportamentos de destruir suas próprias coisas, destruir objetos da família ou de outras pessoas, gritar muito, demonstrar teimosia, irritabilidade, apresentar mudanças repentinas de humor ou sentimentos e crises de raiva/temperamento exaltado. No estudo de Dias ⁹, que também utilizou o CBCL para avaliar nove crianças com DA, foram encontrados resultados similares para “Comportamento Agressivo” (18,0%).

A síndrome “Comportamento de Quebra-Regras”, caracterizada por comportamentos de desrespeitar as regras, mentir e não se sentir culpado(a) depois de se comportar de forma inadequada, teve frequência de 19,3% no GDA, similares aos encontrados no estudo de Fontes et al.²¹ (24,0%).

As manifestações de raiva decorrentes de frustração são reações afetivas normais e passageiras, porém, dependendo da intensidade, da persistência e da presença de outros sintomas concomitantes, podem ser indícios de TM em crianças e adolescentes ²⁸. Provavelmente, por estarem em desenvolvimento, as crianças não compreendem a cronicidade das manifestações clínicas da DA, podendo apresentar comportamentos inadequados e exagerados frente as frustrações com os episódios de exacerbações da doença.

Desta forma, o convívio e o manejo da DA podem interferir no desenvolvimento emocional da criança e/ou adolescente e dos seus familiares. Alguns estudos realizados até o momento afirmam que irmãos de crianças e adolescentes com doenças crônicas também constituem uma população de risco para TM. Porém, pelo fato de não haver, até a presente data, estudos comparativos de TM em crianças e adolescentes com DA e seus respectivos irmãos, a literatura utilizada neste estudo foi baseada em irmãos de crianças e adolescentes com outras doenças crônicas ^{10- 11-28-29-30}.

Foi encontrado risco para TM em 36,0% do grupo irmãos saudáveis (GI). Frequências similares foram descritas no estudo de Besier et al.²⁹, em que 30,5% dos irmãos saudáveis de crianças câncer, fibrose cística e cardiopatia congênica apresentaram problemas emocionais. Na pesquisa realizada por Williams et al.¹¹ foi constatado que irmãos de crianças com doenças crônicas têm duas a três vezes mais risco do que a população geral de apresentarem problemas emocionais. Isso pode ser explicado pelo conflito que estas crianças sentem diante da doença do irmão, como o medo (da doença), ciúmes e raiva (pela atenção diferenciada que é dada à criança doente pelos pais).

O presente estudo apresentou limitações, os dados sobre o comportamento dos participantes foram obtidos por meio de uma única fonte de informação, no caso, o cuidador principal que estava acompanhando o paciente durante a consulta ambulatorial. Também a falta de avaliação da causalidade das associações, dada a natureza transversal do estudo.

Estudos longitudinais poderão verificar a persistência dos sintomas, assim como as condições associadas à sua atenuação ou intensificação ao longo do tempo. Recomenda-se também a utilização de instrumentos de rastreamento pelas equipes de saúde e a implementação de programas que ofereçam aos pacientes e seus familiares a oportunidade de se depararem com suas potencialidades, dificuldades e necessidades como forma de prevenção e promoção em saúde.

Em conclusão, as crianças e adolescentes com DA apresentam elevada frequência de risco para TM, maior do que a esperado para a população pediátrica geral. Os irmãos saudáveis destas crianças e adolescentes também apresentam comprometimento em sua saúde mental, porém, em menor frequência de risco em comparação com seus irmãos com DA, contudo, maior do que o esperado na população pediátrica geral.

REFERÊNCIAS

1. Pires MC, Cestari SCP. Definição e epidemiologia. In: Dermatite atópica. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2005, p.15-26.
2. Mallol J, Crane J, Von Mutius E, Odhiambo J, Keil U, Stewart A. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase three: a global synthesis. *Allergol Immunopathol*. 2013; 41(2):73-85.
3. Kapoor R, Menon C, Hoffstad O, Bilker W, Leclerc P, Margolis DJ. The prevalence of atopic triad in children with physicianconfirmed atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58(1):68-73.
4. Campos ALB, Araújo FM, Santos MAL, Santos AA, Pires CAA. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida de pacientes pediátricos e seus responsáveis. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(1)5-10.
5. Pärna E, Aluoja Anu, Kingo Külli. Quality of Life and Emocional State in Chronic Skin Disease. *Acta Dermatol Venereol*. 2015; 95:312-316.
6. Schmitt J, Romanos M, Schmitt N, Meurer M, Kirch W. Atopic eczema and attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based sample of children and adolescents. *JAMA*. 2009; 301(7):724-726.
7. Yaghmaie P, Koudelka CW, Simpson EL. Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2013; 131(2):428-433.

8. Catal F, Topal E, Soyulu N, Ozel Ozcan O, Celiksoy MH, Babayigit A, et al. Psychiatric disorders and symptoms severity in preschool children with atopic eczema. *Allergol Immunopathol*. 2016; 44(2):120-124.
9. Dias NG. Avaliação Comportamental de crianças com doenças crônicas de pele a partir de relatos de suas mães [dissertação]. Londrina, PR: Universidade Estadual de Londrina; 2010.
10. Taylor V, Fuggle P. Well sibling adjustment to chronic physical disorder in a sibling: how important is maternal awareness of their illness. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001. 7(42):953-962.
11. Williams PD, Williams AR, Graff JC, Hanson S, Stanton A, Hafeman C, et al. A Community-based intervention for siblings and parents of children with chronic illness or disability: the isee study. *J Pediatrics*, 2003. 143:386-393, 2003.
12. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do *Child Behavior Checklist (CBCL)* (*Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência*): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*. 1995; 17(2):55-66.
13. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl*. 1980; 92:44-7.
14. Romanos M, Gerlach M, Warnke A, Schmitt J. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and atopic eczema modified by sleep disturbance in a large population-based sample. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64(3):269–273.
15. Lee CY, Chen MH, Jeng MJ, Hsu JW, Tsai SJ, Bai YM. et al. Longitudinal association between early atopic dermatitis and subsequent attention-deficit or autistic disorder: A population-based case-control study. *Medicine*. 2016; 95(39).
16. Pustisek N, Situm M, Vurnek Zivkovic M, Ljubojevic Hadzavdic S, Vurnek M, Niseteo T. The significance of structured parental educational intervention on childhood atopic dermatitis: a randomized controlled trial. *J Euro Acad of Dermatol Venereol*. 2016; 30(5):806-812.
17. Paula CS, Coutinho ES, Mari JJ, Rohde LA, Miguel EC, Bordin IA. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2015; 37(2):178-179.
18. Ridolo E, Caffarelli C, Olivieri E, Montagni M, Incorvaia C, Canonica GW. Quality of sleep in allergic children and their parents. *Allergol et Immunopathol*. 2015; 43(2):180-184.

19. Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics*. 2004;(3):607-611.
20. Fishbein AB, Mueller K, Kryse L, Boor P, Sheldon S, Zee P, et al. Sleep disturbance in children with moderate/severe atopic dermatitis: A case-control study. *J Am Acad Dermatol*. 2017;78(2) 336-341.
21. Fontes Neto PTL, Weber PTL, Fortes MB, Cestari SD, Escobar TF, Mazotti GF, et al. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005;27(3)279-291.
22. Slattery MJ, Essex MJ, Paletz EM Vanness ER, Infante M, Rogers GM et al. Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis. *J Allergy Clin immunol*. 2011;128(3)668-671.
23. Salek MS, Jung S, Brincat-Ruffini LA, MacFarlane L, Lewis-Jones MS, Basra MK, et al. *Clinical experience and psychometric properties of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), 1995-2012*. *Br J Dermatol*. 2013; 169(4):734-59.
24. Chernyshov, PV. Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016; 9:159-166.
25. Liao TC, Lien YT, Wang S, Huang SL, Chen CY. Comorbidity of Atopic Disorders with Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatrics*. 2016; 171:248-255.
26. Fonseca MHG, Ferreira RA, Fonseca SG. Prevalência de Sintomatologia Depressiva em Escolares. *J Pediatr*. 2005;27(4):223-232.
27. Fu I L, Curatolo E, Friedrich S. Transtornos afetivos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(2):24-27.
28. Pedrosa C, Valle E. Artigos da equipe multiprofissional de saúde da criança: ser irmão de criança com câncer: estudo compreensivo. *Pediatria*. 2000;22(2):195-194.
29. Besier T, Hölling H, Schlack R, West C, Goldbeck L. Impact of a family-oriented rehabilitation programme on behavioural and emotional problems in healthy siblings of chronically. *Child Care Helth Dev*. 2010;36(5):686-695.
30. Dórea, A. Efeitos psicológicos em irmãos saudáveis de crianças portadoras de cardiopatias congênitas [dissertação]. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo; 2010.